Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentl. in Nummern von mindestens 3—4 Bogen. Preis vierteljährl. 6 ℳ, unter Band nach dem Ausland ℳ 7.50 im Voraus zahlbar. Einzelne No. 60 ₰.

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu addressiren: Für die Redaction Ottostrasse 1. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Heustr. 20. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Ch. Bäumler, Freiburg i. B. O. Bollinger, München. H. Curschmann, Leipzig. C. Gerhardt, Berlin. W. v. Heineke, Erlangen. G. Merkel, Nürnberg. J. v. Michel, Würzburg. H. v. Ranke, München. F. v. Winckel, München. H. v. Ziemssen, München.

№ 45. 8. November 1898

Redacteur: Dr. B. Spatz, Ottostrasse 1.
Verlag: J. F. Lehmann, Heustrasse 20.

45. Jahrgang.

Originalien.

Aus der medicinischen Klinik zu Jena. (Director: Hofrath Prof. Dr. Stintzing.)

Zum gegenwärtigen Stand der Serumtherapie des Tetanus.

Von Dr. *F. Köhler*, Assistenzarzt der Klinik.

Von dem Gesichtspunkt ausgehend, dass nur durch eine von Zeit zu Zeit erfolgende Zusammenstellung der mit Tetanusserum behandelten Fälle von Wundstarrkrampf beim Menschen eine klare Uebersicht über die Frage der Heilserumtherapie bei dieser Krankheit ermöglicht wird, möchte ich in Folgendem einen Ueberblick geben über die publicirten einschlägigen Fälle, soweit sie in der letzten ausführlichen Darstellung von Engelmann[1]) nicht erwähnt sind. Dieser Statistik möchte ich mit gütiger Erlaubniss meines hochverehrten Chefs, Herrn Professors Stintzing, 3 im Laufe dieses Jahres beobachtete Fälle aus der Jenaer medicinischen Klinik anfügen.

Eine derartige Statistik bietet in ihrem Rückschluss auf die Beurtheilung der Serumtherapie naturgemäss eine Reihe von Schwierigkeiten. Leichte Fälle, schwere Fälle, frühzeitig in Behandlung gekommene, erst spät mit Serum behandelte Fälle, mit grossen Dosen, mit kleinen Dosen vorgenommene Injectionen, einmaliges, mehrmaliges Verfahren: Das Alles muss berücksichtigt werden und verlangt eine genaue kritische Sichtung, bevor man der Serumbehandlung das Wort reden oder ihren therapeutischen Werth in Frage stellen darf. Von grossem praktischen Interesse ist fernerhin, festzustellen, wie sich die Statistik der mit Serum behandelten Fälle zur Statistik der nicht mit Serum behandelten verhält.

Richter[2]) gab bei 224 Fällen für eine Incubation von 6—10 Tagen eine Mortalität von 95,6 Proc. an, Poland[3]) eine solche für eine Incubation von 1—10 Tagen von 96,7 Proc., Behring berechnet eine Mortalität von 80—90 Proc.

Zu einer derartigen Vergleichung ist die Publication möglichst zahlreicher Fälle von Tetanus, gleichgiltig, ob dieselben letal oder mit Heilung endigten, erwünscht.

Engelmann[4]) gab eine Zusammenstellung von 34 mit Tizzoni's, 17 mit Behring's Präparaten behandelten, dazu 2 eigenen mit Tizzoni's Serum geimpften Fällen, einen mit Behring's Serum behandelten Fall. Er stellte die Thatsache fest, dass von den 36 mit Tizzoni'schem Präparat Behandelten nur 8 starben, von diesen 8 Fällen waren 3 mit septischen Processen (Peritonitis, Pneumonie) complicirt, von den übrigen 5 Fällen sind 4 mit zu kleinen Dosen Antitoxin behandelt worden, während der 5. Fall erst wenige Stunden vor dem Tode zur Behandlung gelangte. Eine ähnliche, im Vergleich mit den obenerwähnten alten Statistiken verhältnissmässig günstige Ziffer bekam Engelmann bei den mit Behring's Serum behandelten Fällen, so dass er in den Schlussfolgerungen erklärt: «Sowohl das Tizzoni'sche wie auch das jetzt gebrauchte Behring'sche Tetanusantitoxin vermögen den Krankheitsverlauf günstig zu beeinflussen. Ein Unterschied in der Wirkung des Tizzoni'schen und Behring'schen Antitoxins ist nicht festzustellen.» Von Interesse ist ferner noch die besondere Besprechung zweier von Engelmann als sehr schwere Tetanusfälle bezeichneter Erkrankungen und eines als mittelschwer bezeichneten Falles, bei denen grosse Dosen bis zu 95 ccm Serum (1 : 10 Millionen) injicirt wurden. Alle 3 Fälle endeten in Genesung.

Engelmann neigt daher zu dem Schlusse, dass die constatirte Wirkung in Folge der grossen Mengen eines hochwerthigen Serums eine so auffallende war und dass die geringe oder völlig ausbleibende Wirkung in den anderen Fällen der geringen Menge oder dem zu geringen Werthe des Serums zuzuschreiben ist.

Ich glaube kaum, dass die Unwirksamkeit stets nur auf das zu geringe Quantum Serum oder die zu geringe Werthigkeit zurückzuführen ist. Unzweifelhaft spielen häufig bei der Frage der Wirksamkeit des Antitoxins, abgesehen von individuellen Eigenthümlichkeiten, wie wir sie bei der Anwendung aller Heilmittel beobachten, Factoren eine Rolle, die entweder gar nicht oder erst bei der Section klar werden. So wurde in einem der Fälle aus der hiesigen medicinischen Klinik bei der Section in der Tiefe des Oberschenkels noch ein verborgener Eiterherd gefunden, mit dessen Inhalt sich post mortem Tetanusbacillen cultiviren und Thiere mit Erfolg inficiren liessen. Die breite Eröffnung der Oberschenkelwunde und ihre wiederholte Auswaschung mit Carbolsäure und Sublimat hatte nicht genügt. «In Bezug auf die Antitoxinbehandlung des Tetanus», sagt Stintzing[5]), lehrt dieser Fall also, dass und aus welchen Gründen diese unwirksam bleiben musste.» Es liegt darin ein Fingerzeig für die praktische Durchführung der Serumtherapie. Mit den Injectionen allein werden die Aussichten auf Heilung noch nicht ohne Weiteres günstig. Besonders wird die einmalige Injection ohne Wirkung bleiben, wenn fortgesetzt von einem Eiterherde aus neues Tetanusgift producirt wird, und in demselben Sinne dringen die meisten Anhänger der Serumtherapie auf eine ausgiebige Localbehandlung der primären Wunde. Auf die Wichtigkeit der Incubationszeit für die Wirksamkeit des Serums komme ich später zurück.

Wirkt somit sicherlich eine Reihe von Punkten bei dem Resultat der Seruminjectionen mit, so ist es erklärlich, dass über den Werth der Heilserumtherapie bei Tetanus die Meinungen noch sehr getheilt sind. So erklärt sich Rose[6]) für einen entschiedenen Gegner der Serumtherapie beim Tetanus, Schubert[7]) sprich

[1]) Engelmann: Zur Serumtherapie des Tetanus. Münch. medic. Wochenschr. 1897. No. 32, 33, 34.
[2]) Richter: Allgemeine Chirurgie der Schussverletzungen im Kriege 1877.
[3]) Poland, cit. nach Rose: «Ueber den Starrkrampf», Pitha-Billroth. 1874. Bd. I. Abth. II.
[4]) l. c.
[5]) Stintzing: Beitrag zur Lehre des Tetanus traumaticus, insbesondere zur Spinalpunction und Antitoxinbehandlung bei demselben. Mittheil. a. d. Grenzgeb. der Med u. Chir. 1898. III Bd.
[6]) Rose: Deutsche Chirurgie. Lief. 8.
[7]) Schubert: 2 mit Behring's Antitoxin No. 100 behandelte, letal verlaufene Tetanusfälle. Münch. med. Wochenschr 1893. No. 8.

sich über unsere Frage skeptisch aus, Erdheim[8]) hatte bei 2 Fällen Misserfolge, erklärt aber, bei jedem weiteren Falle wieder Antitoxin anzuwenden. Es würde zu weit führen, die einzelnen Meinungen hier genau wiederzugeben. Unwillkürlich wohl neigt sich die Ansicht derer, welche Tetanusserum anwandten, in Bezug auf den Werth desselben nach der Seite hin, nach der sie ihre persönlichen Erfahrungen gemacht haben. In objectivem Lichte erscheinen diese indess erst nach der Einreihung in eine allgemeine Zusammenstellung.

1. Mit Tizzoni's Antitoxin behandelte Tetanusfälle seit Engelmann's Publication (Münch. Med. Wochenschr. 1897, 32—34).

	Autor	Publication	Kurze Krankheitsgeschichte bis zum Beginn der Injectionen	Incubation	Beginn der Injectionen nach Ausbruch	Krankheitsverlauf nach der Serumanwendung	Menge und Art des Präparates	Nebenerscheinungen	Ausgang
1	Steiner	Wien. klinische Wochenschrift 1897 No. 36.	25jähr. Mann. 15. I. 97. Handverletzung. 26. I. Kaubeschwerden. 26. I. Nackensteifheit. Chloral-Sulfonal. Morphium ohne Effect. 1. II. 1. Inj. Mittelschwerer Fall.	10 Tage	1. Inj.: 7. Tg. 2. Inj.: 8. Tg. 3. Inj.: 9. Tg.	Sehr bald Lösung der krampfartigen Erscheinungen und allmähliche Besserung.	1. Inj.: Tizzoni 2,25 : 10 steriles Wassers 2. Inj.: 0,6 3. Inj.: 1,65	—	Heilung
2	Trapp	Centralblatt für Chirurgie 1897. No. 3 u. 4.	51jähr. Mann. Kopfwunde bei einem Fall auf einen Steinhaufen. Nach 5 Tagen Spannung in den Nackenmuskeln (Kopftetanus). Mittelschwerer Fall.	5 Tage	1. Inj.: 5. Tg. 2. Inj.: 6. Tg. 3. Inj.: 11. Tg.	«Verlauf und Zunahme der Erscheinungen waren langsamer, als bei der kurzen Incubationsdauer zu erwarten».	1. Inj.: Tizzoni 4,5 : 75 sterilen Wassers, 2. Inj.: halbe Dosis 3. Inj.: halbe Dosis	—	Heilung
3	Cavandoli	Gaz. degli ospedali etc. 1897. No. 73. Referat in Münch. med. Wchenschr. 1897 No. 40.	Genauere Angaben fehlen. Angeblich schwerer Fall.	?	?	Allmähliche Heilung.	Tizzoni 120 ccm Serum = 4 800 000 I. E.	—	Heilung
4	Plücker	Vereins-Beilage S. 53. Deutsche medic. Wochenschrift Bd. 23. Allgemein. ärztl. Verein Köln 27. April 1896.	23jähr. Mann. 20. III. Hufschlag gegen die Augen. 22. III. Operation. 31. III. erste Schluck-Beschwerden. 1. IV. Trismus. Nackensteifheit. Kein Fieber. Glottiskrampf. Tracheotomie. 3. IV. allgemeine Krämpfe. 4. IV. Tod. Schwerer Fall.	11 Tage	2. Tag	Ohne Einfluss.	Tizzoni, Menge nicht angegeben	—	Tod
5	Möller	Münchener medicin. Wochenschrift 1898 No. 9.	24jähr. Mann. Am 11. XII. Verletzung der rechten Hand durch Dreschmaschine. Heilung reactionslos. 24. XII. erste Schluckbeschwerden. 25. XII. Trismus. 26. XII. Opisthotonus. 30. XII. Stark ausgebildeter Tetanus. Temp. nicht bedeutend erhöht. 1. Inj. 31. XII. Mittelschwerer Fall.	13 Tage	1. Inj.: 7. Tg. 2 Inj.: 8. Tg. 3. Inj.: 11. Tg. 4. Inj.: 14. Tg.	Abends nach der Injection werden die Anfälle seltener und milder. Zum 1. Male Wasserschlucken nach 3 Tagen. Nach der 2. Inj. Krampfanfälle schneller verlaufend, nicht schmerzhaft; am folgenden Tag profuse Schweisse. Tp. 38,5. Die Krämpfe werden am zweitfolgenden Tag wieder häufiger. Nun allmähliche Besserung.	1. Inj.: Tizzoni 1,5 : 10 aq. steril. subcutan 2. Inj.: 2,0 : 10 aq. 3. Inj.: 0,5 : 10 aq. 4. Inj.: 0,5 : 10 aq.	—	Heilung
6	Firth	Brit. med. Journ. 1895 cit. bei Heddaeus, München. med. Wochschr. 1898. No. 12, 13.	Tetanus neonatorum. 8 Tage post partum Tetanus, Asphyxie beim Trinken. Schwerer Fall.	8 Tage	8. Tag	Ohne Einfluss.	Tizzoni 0,4 4mal injicirt	—	Tod
7	Darbyshire	The Lancet 1897 cit. ibidem.	13jähr. Junge. Nagelverletzung am Fuss. Am 14. Tag Trismus, Armkrämpfe. Leichter Fall.	14 Tage	1. Tag	Nach der 1. Injection Verschlimmerung. Hohe Dosen Chloral. Dann allmähliche Besserung.	Tizzoni 1,35 gelöst, mehrmals injicirt	—	Heilung
8	Rubesca	Archiv f. Gynaekologie Bd. 54. 1897.	22jähr. Zweitgebärende. 25. VI. partus. Keine Verletzung, keine Blutung. Leicht fieberhaftes Wochenbett. 12. VII. Trismus, mittlere Nackenstarre. Temp. 41,6. Injection.	wahrscheinlich 17 Tage	1. Tag	Ohne Einfluss	«Tizzoni's Antitoxin-Behandlung»	—	Tod
9	Watt	Brit. med. Journ. 1897. 27. Novbr.	Acuter Fall bei einem 12jähr. Knaben. Ursache unbekannt.	?	1. Inj.: 3. Tg. 2. Inj.: 4. Tg. 3. Inj.: 5. Tg. 4. Inj.: 7. Tg. 5. Inj.: 9. Tg.	Eintritt allmählicher Besserung.	1. Inj. Tizzoni Serum 35 ccm 2. Inj.: 8 ccm 3. Inj.: 8 ccm 4. Inj.: 8 ccm 5. Inj.: 8 ccm	—	Heilung

[8]) Erdheim: Tetanus facialis, mit Antitoxin Behring behandelt. Wiener klin. Wochenschr. 1898. No. 19.

2. Mit Behring's Antitoxin behandelte Fälle.

	Autor	Publication	Kurze Krankheitsgeschichte bis zum Beginn der Injectionen	Incubation	Beginn der Injectionen nach Ausbruch	Krankheitsverlauf nach der Serumanwendung	Menge und Art des Präparates	Nebenerscheinungen	Ausgang
10	Wendling	Wien. klinische Wochenschrift 1897, No. 11.	18jähr. Mann. Hautverletzung. Nach 14 Tagen Anfälle. Bis zum 4. Tag Morphin, Chloral. Complication durch diphtheritische Rachenentzündung (m. Diphtherieheilserum behandelt). Leichter Fall.	Wahrscheinlich 12—14 Tage.	12. Tag.	Zunächst Temperatursteigerung auf 39,4°. In 3 Tagen Abfall der Erscheinungen.	Behring 5 : 45 aq.	—	Heilung
11	Asam	Münch. medicin. Wochenschrift 1897, S. 886.	11jähr. Junge. Mitte Februar Verletzg. am Fuss. 10. III. plötzlich Kreuzschmerzen. Trismus. 11. III. Klonische Zuckungen. Vollständige Steifheit. Leichter Fall.	Wahrscheinlich 20—25 Tage.	2. Tag.	Allmählicher Nachlass der Erscheinungen.	Behring 5 : 50 aq. intravenös.	*)	Heilung
12	Teichmann	Deutsche medic. Wochenschrift Bd. 23. Therap. Beilage, S. 7.	4jähr. Kind. 16. I. Verletzung am recht. Fuss, 7 Tage später Trismus. Am 9. Tage völliger Tetanus. Hohe Temperat. Mittelschwerer Fall.	7 Tage.	1 Inj.: 8. Tag. 2. „ 15. Tag.	In den nächsten Tagen unverändert. Temp. 38—39°. 4 Tage nach der 2. Injection allmähl. Verschwinden der Abendtemper. Langsame Lösung der Starre, aber mit zeitweiligen Recidiven. 13 Tage nach der 2. Inject. Starre ganz verschwunden.	1. Inj.: Behring 3 ccm subcutan. 2. Inj.: 2 ccm.	**)	Heilung
13	Kortmann	Deutsche medic. Wochenschrift Bd. 23. Therap. Beilage, S. 70.	Mann, am 17. V. überfahren, Kniewunde. Am 24. V. erste Kaubeschwerden. 25. V. Nackenmuskelstarre. Schwerer Fall.	7 Tage.	1. Tag.	Kein Einfluss. Temp. fortgesetzt erhöht. 26. V. Exitus.	5 ccm Behring intravenös.	—	Tod
14	Jacob	Deutsche medic. Wochenschrift Bd. 23, No. 24.	Frau, 31 Jahr alt, 7. IV. Entbindung von einem todtgeborenen Kind. 24. IV. Mundsperre. Allmählich Eintritt von Nackensteifheit. 1. V. Steifheit der unteren Extremitäten. 3. V. schwere tetan. Anfälle. Mittelschwerer Fall.	Wahrscheinlich 17 Tage.	1. Inj.: 10. Tg. 2. „ 12. Tg.	2 Tage nach der 1. Injection allmähl. Lösung der Kiefer. Nie Fieber. 3 Tage nach der 1. Injection Trismus zunehmend. Die nächsten Tage leichter Nachlass. 14. V. Nacken völlig frei. 26. V. völlig geheilt.	1. Inj.: Behring 5 : 45 aq subcut. 2. Inj.: 10 : 90 subcutan.	—	Heilung
15	Schubert	Münch. medicin. Wochenschrift 1898, No. 8.	47jähr. Mann. 2. I. Verletzung d. Zeigefingers r. durch eine eiserne Platte. 8. I. Mundsperre. Nackensteifheit. 9. I. Injection; Schwerer Fall.	6 Tage.	1½ Tag.	Nach der Injection morg. 5 Uhr wiederholt intens. Krampf. Steigerung 10. I. morgens, Abends Exitus (20 Stunden post inject.).	Behring 5 : 40 aq. intravenös.	—	Tod
16	Schubert	Münch. medicin. Wochenschrift 1898, No. 8.	39jähr. Mann. Verletzung des linken Fusses durch ein. Nagel. 15. IX. Phlegmone. Antisept. Behandlung. Fieberlos. 21. IX. Incision. 22. IX. erste Kieferklemme. Nachm. Injection.	7 Tage.	½ Tag.	Erste Nacht post inject. schlaflos, starker Schweiss, ohne Fieber. 23. IX. totaler Trismus. Opisthotonus. Nachm. eingreifende Incision. 24. IX. Zunahme des Tetanus, Abends 39,4 Temp. 25. IX. Morg. Exitus.	Behring 5 : 40 aq. subcutan.	—	Tod
17	Blumenthal	Zeitschrift für klin. Medicin. Bd. 30.	Frau. 16. II. Abortus. Innerl. Untersuchung. 24. II. Kiefersperre. 25. II. vollständige Nackensteifheit. Schwerer Fall (Tet. puerperalis).	8 Tage.	1 Inj.: 2. Tag. 2. 3. } Inj.: 3. Tg.	Ohne Einfluss. Gleichzeitig Chloral, 2 proc. Natr. bicarb.-Lösung.	Boer 10 : 60 (1 : 5 Mill. Immunitäts-Werth) subcutan. 2. Inj.: Dasselbe. 3. Inj.: Dasselbe.	—	Tod
18	Heddaeus	Münch. medicin. Wochenschrift 1898, No. 12.	43jähr. Mann. 11. X. verunglückt, offene Wunde an Kopf u. Arm rechts 20. X. Krämpfe i. recht Arm. 24. X. Trismus. Mittelschwerer Fall.	9 Tage.	1. Inj.: 5. Tag. 2. „ 13. Tag.	1 Tag nach der 1. Inj. Erleichterung. Anfälle selten. Am 3. Tag abermals Verschlimmerung. Opium, Chloral. Bis 1. XI. abwechselnder Verlauf. 2. XI. 2. Injection. Temperatursteigerung. 3. XI. eclatante Besserung. 10. XI. Krämpfe aufhörend.	1. Inj.: Behring 10 : 45 aq intravenös. 2. Inj.: 5 : 30 aq.	—	Heilung

*) Am 8. Tag post injectionem Erythema universalis. 3 Tage später Ekzema vesiculosum madidans. — **) Am 9 Tag post injectionem II. Erythem über Brust, Arme und Beine, 5 Tage anhaltend.

	Autor	Publication	Kurze Krankheitsgeschichte bis zum Beginn der Injectionen	Incubation	Beginn der Injectionen nach Ausbruch	Krankheitsverlauf nach der Serumanwendung	Menge und Art des Präparates	Nebenerscheinungen	Ausgang
19	Heddaeus	Münch. medicin. Wochenschrift 1898, No. 13.	45 jähr. Mann. 8. XI. starke Gesichtsverletz. 13. XI. Trismus. Mittelschwerer Fall.	5 Tage.	1. Inj.: 1. Tag 2. „ 5. Tag.	14. XI. Deutlicher Nachlass der Dyspnoe u. des Trismus. 16. XI. starke Verschlimmerung, bis 18. XI. wechselnd. 18. XI. 2. Inj. 19. XI. Besserung, allmählich fortschreitend.	1. Inj.: Behring 5 : 30 aq. intravenös. 2. Inj.: 5 : 30 aq. subcutan.	***)	Heilung
20	Bokay	Citirt bei Heddaeus.	Tetanus traumaticus: 5 jähr. Kind. Verletzung der Hand.	?	?	Allmähliche Besserung.	In 6 Tag. Behring 80 ccm Serum.	—	Heilung
21	Bokay	Ibidem.	4 monatl. Säugling. Nabelinfection.	?	?	Behandlung gut vertragen. Resultat steht noch aus.	Behring 5 g.	—	?
22	Weischer	Münch. medicin. Wochenschrift 1897, No. 46.	29 jähr. Mann. Splitterverletzung am rechten Ringfinger. Nach 4 Tag. Trismus, zunehmende Starre. Schwerer Fall.	4 Tage.	1. Inj.: 8. Tag. 2. „ 10. Tag.	Nach der 1. Inj. Zunahme der Starre. Nach der 2. Inj. bedeutende Erleichterung, allmählich Besserung.	1. Inj.: Behring 5 g. 2. Inj.: Behring 5 g subcutan.	—	Heilung
23	Weischer	Münch. medicin. Wochenschrift 1897, No. 46.	37 jähr. Mann. Tetanus rheumaticus. Angeblich nach Durchnässung. Trismus und Tetanus. Mittelschwerer Fall.	?	17. Tag.	Vom nächsten Tag ab allmählich Nachlass d. Starre.	Behring 5 g an 4 Stellen subcut.	—	Heilung
24	Rose	Deutsche Zeitschrift f. Chirurg. Band 46.	Tetanus athyrosus. 10 jähr. Knabe. Ursache unbekannt. Leichter Fall.	?	1. Inj.: 4. Tag. 2. „ 5. Tag.	Ohne besonderen Einfluss, Entwicklung weit. Stadien Schliesslich Heilung.	1. Inj.: Behring 4,0 intravenös. 2. Inj.: 1,0 subcutan.	†)	Heilung
25	Rose	Ibidem.	Tet. neonatorum. 6 Tage alt. Kind. Nabelinfection. Schwerer Fall.	?	7. Tag.	Kein Einfluss. Nach zwei Stunden Tod.	5 g Behring subcutan.	—	Tod
26	Riese	Deutsche medic. Wochenschrift 1898, No. 18. Therapeut. Beilage No. 5.	Kind 3¾ Jahre. 4. VI. Trismus. 5. VI. ausgebildeter Tetanus. Temp. 38,5. Injection. Mittelschwerer Fall.	?	1. Inj.: 1. Tag. 2. „ 3. Tag.	Status idem bis 7. VI. 7. VI. 2. Inj. 9. VI. zweifellose Besserg. 11. VI. plötzlich Temp. 39. 12. VI. fieberfrei. Allmähliche Lösung. 5. VII. völlig geheilt.	1. Inj.: Behring 2 g. 2. Inj.: 5 g : 45 aq.	†)	Heilung
27	Krokiewicz	Wiener klin. Wochenschrift 1898, No. 34	50 j. Mann. Handverletzung. Nach 7 Tagen Schlingbeschwerden. Nackenstarre. Hyoscin. hydrojodat. 5 Tage später Injection. Mittelschwerer Fall.	7 Tage	1. Inj.: 5. Tg. 2. Inj.: 6. Tg. 3. Inj.: 7. Tg. 4. Inj.: 8. Tg.	Nach jeder Inj. häufigere Schmerz- und Krampfanfälle. Die Inj. werden desshalb schliesslich aufgegeben. Allmähliche Besserung.	Behring 1. Inj.: 5 ccm subcutan 2. Inj.: 30 ccm 3. Inj.: 50 ccm 4. Inj.: 65 ccm	—	Heilung
28	Erdheim	Wiener klin. Wochenschrift 1898, No. 19	Tetanus facialis, wahrscheinlich Kratzeffect vorausgehend. Mittelschwerer Fall.	13 Tage	1. Tag	Nach der Inj. Häufung der Anfälle. Nach 36 Stunden Tod.	Behring 10 g Trockensubstanz	—	Tod
29	Erdheim	Ibidem	48 jähr. Mann. Schnittwunde mittels Pflugeisens 11. III. Erste Kaubeschwerden 16. VIII. Mittelschwerer Fall.	5 Tage	1. Tag	Häufung der Anfälle in foudroyanter Weise.	Behring 10 g subcutan	—	Tod
30	Bruns	Deutsche med. Wochenschrift 1898, No. 14	16 jähr. Mann. Nagelgeschwür. Nach 4 Tagen erste Kaubeschwerden, allmähliche Entwicklung eines ausgesprochenen Tetanus. Schwerer Fall.	4 Tage	1. Inj.: 12. Tg. 2. Inj.: 14. Tg.	Während und nach der Inj. äusserst schmerzhafte Streckkrämpfe, Dyspnoe, Cyanose, am Tage nach der 1. Inj. Besserung, weiterhin ad peius vergens. Geringes Fieber. 3 Tage nach der 2. Inj. Tod.	1. Inj.: Behring 10 g subcutan (= 500 I.-E.) 2. Inj.: 25 I.-E. intravenös	—	Tod
31	Bruns	Ibidem	35 jähr. Mann. 25. VI. Oberschenkelfractur. 3. VII. Kieferklemme. Ausbildung des Tetanus. Mittelschwerer Fall.	8 Tage	2. Tag	Abends höhere Temperat. Zahlreiche Streckkrämpfe. 6. VII. Exitus.	500 I.-E Behring intravenös	—	Tod
32	Bruns	Ibidem	33 jähr. Mann. 29. VI. Unfall durch Sturz. 6. VII. Trismus. Ausbildung des Tetanus. Mittelschwerer Fall.	7 Tage	1. Tag	Puls bis zum Abend flatternd. Rasche Zunahme der Krämpfe. 7. VII. Exitus.	500 I.-E. Behring intravenös	—	Tod

***) 19. XI. Exanthem in der Injectionsgegend. — †) Erythem am 17. Tage. — ††) Am 19. VI. Erythem.

	Autor	Publication	Kurze Krankheitsgeschichte bis zum Beginn der Injectionen	Incubation	Beginn der Injectionen nach Ausbruch	Krankheitsverlauf nach der Serumanwendung	Menge und Art des Präparates	Nebenerscheinungen	Ausgang
33	Tauber	Wiener klin. Wochenschrift 1898, No. 31	37jähr. Frau. Verletzung vor 3 Wochen am Fuss. 6. VI. Krämpfe in den Nackenmuskeln, 8. VI. Ausgesprochener Tetanus und Trismus. Chloral. Weitere Dauer. 10. VI. Nachm. Inject.	wahrscheinlich 21 Tage	1. Inj.: 4. Tg. 2. Inj.: 5. Tg.	Nach der Inj Spannung geringer. In der folgenden Nacht heftige Krämpfe. 11. VI. Mittags starke Schweisseruption. 11. VI. Nachm. 2. Inj. Dypnoe, Cyanose. Nachts plötzlich Coma. 12. VI. Starre vollständig geschwunden. Tp. 42,1. 10 Uhr Morgens Exitus.	1. Inj: Behring 5:50 aq. 2. Inj.: Behring 5:50 aq.	—	Tod

(Schluss folgt.)

Die Ursache der künstlichen Immunität und die Heilung von Infectionskrankheiten.

Von *Rudolf Emmerich* und *Oscar Löw*.

Wir geben hier ein kurzes Resume über Untersuchungen, welche demnächst ausführlich an anderem Orte beschrieben werden.

1. In vielen Bacterienculturen hört bekanntlich trotz des Vorhandenseins genügenden und geeigneten Nährmaterials allmählich die Entwickelung auf, was, wie wir gefunden haben, auf dem Vorhandensein eines Enzyms beruht, welches von den Bacterien selbst gebildet wird und diese schliesslich wieder auflöst.

2. Es gibt bacteriolytische Enzyme, welche nicht nur die eigene Bacterienart, sondern auch verschiedene andere Bacterienarten (auch pathogene) aufzulösen vermögen.

3. Da diese bacteriolytischen Enzyme auch im Thierkörper pathogene Bacterien aufzulösen vermögen, so ist man im Stande vermittels derselben Infectionskrankheiten zu heilen. So gelingt es leicht und sicher, eine innerhalb 30 Stunden tödlich verlaufende Milzbrandinfection durch das Enzym des Bacillus pyocyaneus zu heilen. 1 ccm derselben Enzymlösung löst Millionen Diphtherie-, Typhus- und Cholerabacillen in vitro im Verlauf von 12—24 Stunden völlig auf, so dass das Pyocyaneus Enzym auch zur Behandlung dieser Infectionskrankheiten geeignet sein dürfte.[1])

Auch die Pestbacillen werden durch das Pyocyaneus-Enzym aufgelöst. 1 ccm unserer Pyocyaneus-Enzymlösung vermag innerhalb einiger Stunden mehr als 30 Millionen Pestbacillen zu tödten und vollständig aufzulösen. Dieses ausserordentlich günstige Resultat muss die Bacteriologen veranlassen, in Indien Versuche über die Heilung von mit Pestbacillen inficirten Thieren durch Pyocyaneusenzym auszuführen. Falls dieselben positiv ausfallen, was nach unseren Milzbrandheilversuchen bestimmt zu erwarten ist, dann wird das Pyocyaneusenzym auch zur Heilung der Pestkrankheit des Menschen geeignet sein[2]).

4. Die bacteriolytischen Enzyme werden aber im Thierkörper ziemlich bald zerstört, wesshalb man mit wenigen Enzyminjectionen Infectionskrankheiten wohl heilen, aber nicht gegen dieselben immunisiren kann.

Es ist uns jedoch gelungen, das Enzym in vitro mit einem thierischen Eiweisskörper zu einem hochmolecularen Complex zu verbinden, welcher im thierischen Körper haltbarer ist und der sich desshalb zur Immunisirung eignet. Wir konnten mit der Pyocyaneusenzymverbindung Kaninchen gegen Milzbrand und Meerschweinchen gegen Diphtherie immunisiren.

Wahrscheinlich ist das wirksame Princip der Immunsera nichts Anderes, als eine Verbindung des specifischen Enzyms mit einem thierischen Eiweisskörper. (Ursache der künstlichen Immunität.)[3]]

Die sogenannte Agglutination ist das erste Stadium der Auflösung der Bacterien durch die Enzymverbindung.

5. Das differente Verhalten der Immunsera gegenüber den specifischen, pathogenen Bacterien in vitro und im Thierkörper beruht nach unseren Untersuchungen auf der Gegenwart oder Abwesenheit von gasförmigem Sauerstoff. Schliesst man in vitro diesen aus, so werden die specifischen, pathogenen Bacterien durch Immunserum nicht bloss agglutinirt, sondern auch in vitro getödtet und aufgelöst, wie unsere Versuche mit Cholera- und Typhusbacillen ergaben.

[1]) In der That hat Rumpf (Deutsche med. Wochenschr. 1893 No. 41) mit den Stoffwechselproducten des Bac. pyocyaneus Typhus mit Erfolg behandelt, ohne dass er wusste, dass das wirksame Agens ein Enzym ist.

[2]) Diese Versuche mit Pestbacillen wurden schon vor einem halben Jahr mit grösster Vorsicht ausgeführt.

[3]) Die Ansicht, dass die künstliche Immunität durch Enzyme verursacht werde, wurde zuerst vermuthungsweise von Nencki und neuerdings sehr bestimmt von R. Pfeiffer für die von ihm so eingehend untersuchte Cholera-Immunität ausgesprochen.

Ueber die bei kleinen Kindern ein Kieferhöhlenempyem vortäuschende Tuberculose des Oberkiefers.

Von Dr. *Georg Arellis*-Frankfurt a. M.

D'Arcy Power, Arzt am Kinderhospital in Chelsea, berichtet[1]) folgende anscheinend merkwürdige Geschichte eines acht wöchentlichen Kindes, das an Kieferhöhlenempyem litt

Der 4 Wochen alte Säugling zeigte einen sich zuspitzenden Abscess unter dem rechten Augenlid, Anschwellung der ganzen rechten Seite der Backe, die Haut darüber roth und heiss. Es konnte durch Druck auf die Anschwellung eine beträchtliche Menge Eiter durch die Nase ausgedrückt werden, auch erschien am Alveolarrand etwas Eiter. Eine in die Höhle eingeführte Sonde zeigte, dass der obere Theil des oberen Kieferknochens entblösst war. Power erweiterte die Fistel, kratzte Granulationen aus und machte eine Oeffnung «am Boden des Antrums» (sic!), so dass er ein Drainrohr vom Augenlid bis in den Mund führen konnte. 10 Tage darnach starb das Kind. —

Verf. meint, dass nur ein einziger ähnlicher Fall publicirt sei und zwar von Rees[2]). Auch bei diesem handelte es sich um einen Säugling, der eine Fistel unmittelbar unter dem Augenlid hatte und ebenso am harten Gaumen. Dieses Kind war in Gesichtslage geboren und diese Geburtslage sei der Grund, weswegen die Fistel unter dem Auge und am Gaumen entstanden sei. Diese Geburtslage begünstige eine Schädigung der zarten Oberkiefergegend und schaffe den Boden für ein «Antrumempyem».

Spencer Watson[3]), der auch 2 Fälle von Antrumempyem bei Säuglingen sah, schuldigt ebenfalls die «injuries» während der Geburt als Entstehungsursache an.

Ich kenne den Fall von d'Arcy Power nicht, aber ich bestreite entschieden Deutung und Titel dieser Mittheilung.

Zunächst möchte ich aber noch zwei ganz gleiche Krankengeschichten hier beifügen, die d'Arcy Power nicht aufführt, die aber zunächst beweisen, dass es sich bei dem geschilderten Symptomencomplex doch nicht, wie Power meint, um eine exceptionelle Rarität handelt.

Die erste stammt aus dem Kinderhospital von Dr. Brun in Paris und wurde von Moure[4]) vor 2 Jahren publicirt.

Auch hier lautet — ich bitte das zu beachten — die Ueberschrift: Empyème du sinus maxillaire chez une enfant de trois semaines.

[1]) Brit. med. Journ. 1887.
[2]) London med. Gazette. 1847, pag 860.
[3]) Diseases of the nose. p. 167.
[4]) Revue hebdomad. No. 43. 1896.

Power's Kind war 4 Wochen alt, als die ersten Symptome eines Abscesses unter dem Augenlid bemerkt wurden, Moure's Säugling erst 3 Wochen. Es zeigte sich Röthung und Oedem der Augenlider. Ein zugezogener Consiliarius meint, ein zu früh gekommener Zahn sei die Ursache der Anschwellung, zumal sich auch «une fluxion phlegmoneuse» im Munde zeigte.

Einige Tage darauf konnte man, wenn man auf den geschwollenen Oberkiefer drückte, Eiter aus der Nase entleeren. 5 Tage darnach entstand trotz beständigen Abflusses aus der Nase eine eiternde Fistel unter dem unteren Augenlid.

Immer noch meinte jetzt der Consiliarius, Dr. Frey, der Zahn sei Schuld und die Ursache der Eiterung des Sinus maxillaris[5]).

Als keine Besserung eintrat — Borwasser läuft von der Fistel aus der Nase ab — und die Sonde entblössten und rauhen Oberkieferknochen nachweist, wird mit dem scharfen Löffel von der Fistel aus ausgekratzt und mehrere Sequester ausgelöffelt. Heilung bleibt aus. Nach einigen Monaten wird mit einem Lappenschnitt die vordere Backe zurückpräparirt, ein Stück Oberkieferknochen weggemeisselt und curettirt. Jodoformgaze. Eitriger Ausfluss aus der Nase bleibt bestehen.

Also auch hier: Säugling, Fistel unter dem unteren Augenlid, Anschwellung des Palatums und der Oberkieferwand, beständige Eiterung aus Fistel und Nase, Sequesterbildung und Constatirung von rauhem, entblösstem Knochen.

Ferner beschreibt Greidenberg[6]) ein Kieferhöhlenempyem bei einem 3 Wochen alten Säugling.

Linke Backe geschwollen, unteres Augenlid oedematös. Bei jedem Druck auf die Backe lief Blut und Eiter aus der linken Nase. Entzündung des Alveolarfortsatzes des Oberkiefers. Greidenberg diagnosticirt ein «Kieferhöhlenempyem wegen frühzeitigen Durchbruch eines Zahnes.»

Operation ohne Narkose. Senkrechter Einschnitt auf den geschwollenen Oberkiefer. Entleerung von Eiter und Durchstossung einer Alveole mit scharfem Löffel: Jodoformgaze.

Am nächsten Tage leichter Exophthalmus. Fieber. Exophthalmus nimmt zu. Weitere Anschwellung der Haut. Sonde zeigt rauhen Oberkieferknochen. Ein Sequester wird entfernt, diesem folgen noch 5 weitere Sequester. Nach langer Zeit schliesslich Heilung. Also auch hier: Fistel unter dem Auge bei einem Säugling von 3 Wochen, Anschwellung des Kiefers und des Zahnfortsatzes, rauher Knochen, chronische Eiterung, Sequesterbildung.

Der Autor hält dieses Krankheitsbild für ein «manifestes Empyem der Highmorshöhle», dafür spräche der Eiterausfluss aus der Nase und der Alveole und der Exophthalmus! (sic!)

Nun, ich kenne auch Dr. Greidenberg nicht, bestreite aber entschieden die Auslegung und wissenschaftliche Deutung seines Falles.

Das wäre ja nun alles ziemlich gleichgiltig, wenn nicht der bekannte Specialist und Chefredacteur der Revue de laryng. E. J. Moure in Bordeaux diese Darstellung Greidenberg's anerkennen würde, er nennt sie wegen ihrer äussersten Seltenheit interessant und vielleicht «einzig in der Wissenschaft» dastehend! Diese zwei Krankengeschichten seien «des Empyèmes inflammatoires avec symptômes externes en quelque sorte classiques.»

Merkwürdiger Weise ist die auffällige Publication Moure's — soweit ich wenigstens weiss — ohne Widerspruch geblieben. Da sich nun bis jetzt kein Berufenerer bereit gefunden hat, die in die noch so junge und noch nicht fest stabilirte Lehre vom Kieferhöhlenempyem eindringenden Irrthümer festzustellen, so benutze ich einen von mir selbst beobachteten ganz analogen Fall von «Kieferhöhlenempyem bei einem kleinen Kinde», die Pathologie dieser nach meiner Ansicht nicht sehr seltenen, von den Kinderärzten und Rhinologen aber als extreme Rarität behandelten Krankheit zu besprechen. —

Leider nennen die Franzosen immer noch ein classisches Empyem ein solches, welches Symptome bietet, die dem wahren Empyem nicht zukommen. Ein classisches Empyem (mit Auftreibung des Kiefers, Zerstörung von Knochen) ist also dort zu diagnosticiren, wo es keines gibt.

Wir sind ja in den letzten 10 Jahren wenigstens in specialistischen Kreisen wohl einig geworden, dass es sich bei einem typischen Empyem um eine eitrige Erkrankung der **Auskleidung der Kieferhöhle** handelt.

Also lassen wir doch die Fälle ganz fort, wo es sich um Auftreibung des Knochens handelt.

Wenn also jene 3 angeführten Fälle: Fistelbildung unter dem Auge, Vorwölbung des Knochens, Rauhigkeit desselben, Sequesterbildung und Exophthalmie zeigen, so sind alle diese Symptome gerade solche, wie sie dem Kieferhöhlenempyem nicht zukommen und nur die Eiterung aus der Nase bleibt als allgemein acceptables Krankheitssymptom übrig. Eine Eiterung aus einer Nasenseite berechtigt doch aber noch nicht, ein Empyem der Kieferhöhle anzunehmen.

Also: Die Symptomatologie dieser geschilderten Fälle berechtigt gewiss den Leser, die Behauptungen der Autoren zu bezweifeln.

Ferner: Wie steht es denn überhaupt mit der Kieferhöhle eines 3 wöchentlichen Kindes? Was lehrt uns die Entwickelungsgeschichte?

Mihalkovics[7]) sagt ausdrücklich, dass die Oberkieferhöhle erst im 4. Monat $^1/_2$ Millimeter tief ist, also im ersten Monat nur theoretisch existirt. Erst nach Durchbruch des Milchgebisses erhält dieselbe Raum zu einer Ausbreitung nach unten in den dicken Processus alveolaris. Also: Ein Empyem der Kieferhöhle beim Säugling ist entwickelungsgeschichtlich kaum denkbar.

Was also ist denn diese von 3 Autoren gut, charakteristisch und übereinstimmend beschriebene Krankheit der Säuglinge und kleinen Kinder?

Tuberculose des Markgewebes im Nasal- und Gaumenfortsatz des Oberkiefers, kurz Caries!

Die Chirurgen und praktischen Aerzte kennen diese Form der Caries schon längst.

Der alte Carl Hueter[8]) schreibt schon in seiner jetzt obsoleten Chirurgie: «Eine Caries auf skrophulös-tuberculöser Basis kann sich in dem spärlichen Markgewebe des Infraorbitalrandes am Oberkiefer und Jochbeine entwickeln, zuweilen auch in der Form einer Caries nekrotica. Die Fisteln heilen, ev. nach Auslöffelung des Herdes oder nach Entfernung des Sequesters mit tief eingezogener Narbe. Die bedeutende narbige Schrumpfung führt nicht selten zu einem narbigen Ectropium des unteren Augenlides.»

Gurlt[9]) sagt: «Caries ist am Oberkiefer selten und stets durch Skrophulosis (oder Syphilis) veranlasst. Ihr Lieblingssitz sind der Nasal- und Gaumenfortsatz. Häufig ist mit ihr eine Ozaena[10]) verbunden.»

Diese zwei Anführungen genügen schon, um das Bild aufzuklären.

Da die Caries im Infraorbitalfortsatz beginnt, verstehen wir, warum immer eine Fistel unter dem unteren Augenlid beschrieben wird. Die Verdickung des Gaumenfortsatzes kommt von der Caries in dessen Mark. Die Sequesterbildung, die Entblössung des Knochens, die chronische Eiterung, die Granulationsbildung, die periostitische Auftreibung des Knochens, die langsame Ausheilung unter Ausstossung von todten Knochenstücken sprechen laut genug für Knochentuberculose. Alle diese Symptome finden wir aber buchstäblich in den 3 oben genannten Krankengeschichten angeführt, so dass wir im Recht zu sein glauben, wenn wir jenen Fällen die «extreme Seltenheit» und den Titel «Empyem der Kieferhöhle» absprechen und sie als Caries des Infraorbital- und Gaumenfortsatzes des Oberkiefers, verbunden mit Fisteleiterung, Knochenauftreibung, Granulationswucherung und Sequesterbildung kennzeichnen.

Wenn man überhaupt von einem Antrum bei einem Säugling reden will, so ist dieses vielleicht miterkrankt, bewiesen ist diese Annahme aber bis jetzt nicht. Wer aber dessen Miterkrankung annimmt, der kann nur von einer Tuberculose der Kieferhöhle sprechen.

---

[5]) Bekanntlich sind aber die ersten Zähne sehr weit von der Kieferhöhle bei kleinen Kindern entfernt, darüber sitzen die zweiten Zähne und dann kommt noch ein grosses Stück Knochensubstanz, ehe die minimale Höhle erreicht wird.

[6]) Medic. Obozrenie, 1896, No. 5. Citirt nach Moure.

[7]) Handb. f. Lar. S. 78. III. Bd.

[8]) Grundriss der Chirurgie. 1884. II. Bd. S. 131.

[9]) Eulenburg: Encyklopädie. II. Aufl. XIV. S. 460.

[10]) Der Chirurg Gurlt setzt hier «Ozaena» für «übelriechenden Eiterausfluss aus der Nase».

[11]) Arch. f. Lar. 1894. Heft II.

Solche ist bei Erwachsenen enorm selten. Schech nennt in seinem Lehrbuch nur einen Fall (Neumann), den er noch dazu erst aus Thornwaldt's Schrift nacheitirt. Inzwischen haben Neumayer[11]), Réthi, Kekwick[12]) Fälle von Erwachsenen veröffentlicht, bei denen eine Caries des Zahnfortsatzes fortschreitend die Kieferhöhlenumgebung und die Nase mitergriffen hat.

Es kommt also wohl in sehr seltenen Fällen eine Tuberculose der Kieferhöhle vor. Doch berührt dieses Factum die von uns an den bisher publicirten Fällen von «Empyem bei drei- bis vierwöchentlichen Säuglingen» geübte Kritik nicht.

Um aber die Beweiskette glücklich schliessen zu können, will ich einen eigenen Fall hier anführen, bei dem ebenfalls von den vor mir consultirten Aerzten ein «Empyem» constatirt war.

Bei einem 6 Wochen alten Knaben, der nicht in Gesichtslage geboren war, zeigte sich ein Abscess unter dem linken Augenlid Derselbe spitzte sich zu, es entleerten sich aus der reichlich eiternden Fistel kleine Knochenstücke, während die Backe anschwoll. Zugleich eitriger und übelriechender Ausfluss aus der linken Nase.

Das Kind wird in das israelitische Gemeindehospital zu Frankfurt verbracht. Dort wird — unter der Diagnose Kieferhöhlenempyem — der Oberkiefer nach einer Zurückpräparirung eines Langenbeck'schen Hautlappens mit scharfem Löffel ausgekratzt. Es werden Granulationen, Knochenstückchen und «ein cariöser Zahn» entfernt. Die Wunde heilt per primam, die Fistel unter dem linken Augenlid schliesst sich mit charakteristischer tiefer Einziehung und consecutiver Ectropionbildung, aber die Nase eitert beständig weiter. Reguläre Ausspülungen. Nachdem dieser Zustand längere Zeit bestand — das Kind war inzwischen 1¼ Jahr alt geworden — hatte College Deutsch die Güte, mich zur Consultation zu rufen.

Es zeigte sich die vordere Wand des Oberkiefers nur noch wenig aufgetrieben, dagegen die harte Gaumenplatte linkerseits beträchtlich in den Mund hinein aufgeschwollen. Als ich sie mit dem Finger abpalpirte, zeigte sich überall Knochenhärte, keine weiche Stelle. In der linken Nase viel Eiter. Die in die Nase eingeführte Sonde ergab am Nasenboden, also der dorsalen Partie des Gaumenfortsatzes des Oberkiefers, stark rauhe, spitzige und entblösste Knochenpartien. Die Thränenbeine sind frei, ebenso der Thränencanal. Die später vorgenommene mikroskopische Untersuchung erwies spärliche, aber deutliche Tuberkelbacillen im Eiter.

Ich glaube, die Analogie dieses Falles mit den oben erwähnten «Kieferhöhlenempyemen bei Säuglingen» ist frappant genug, um den Schluss zu rechtfertigen, dass diese Fälle keine «Unica in der Wissenschaft» sind, sondern simple Caries. Sie erscheinen damit freilich des Nimbus unverständlicher und seltsamer Rarität entkleidet, aber dafür dem ärztlichen Verständniss zugänglicher geworden.

Zum Schluss will ich nicht zu erwähnen vergessen, dass auch die acute Osteomyelitis des Oberkiefers Krankheitssymptome erzeugen kann, die mit einem Kieferhöhlenempyem verwechselt werden können und thatsächlich bei kindlichen Fällen schon verwechselt worden sind.

Der Typus der Krankheitserscheinungen ist aber ein von der Caries deutlich verschiedener, auch würde dieses Thema die Grenzen dieser Arbeit überschreiten.

Uns kam es heute darauf an, die Rolle der Knochentuberculose bei dem sog. Kieferhöhlenempyem der kleinen Kinder zu betonen und hoffentlich auch zu beweisen.

[12]) Brit. Journ. Dent Science. 15. März 1895. Tuberkelbacillen constatirt.

Ueber Pseudoparesis spastica.

Von Dr. *L. Hoeflmayr*, Nervenarzt in München.

Ueber Vortäuschung organischer Erkrankungen des Nervensystems durch Hysterie hat Krafft-Ebing in dem 2. Heft seiner «Arbeiten aus dem Gesammtgebiet der Psychiatrie und Neuropathologie» eine Reihe höchst interessanter und lehrreicher Veröffentlichungen gebracht, die unter Anderem auch eine Reihe von Krankengeschichten des durch den Titel bezeichneten krankhaften Zustandes enthalten. Wie sehr nothwendig es ist, von Zeit zu Zeit auf die Existenz solcher Zustände aufmerksam zu machen, zeigt auch ein Fall von Pseudoparesis spastica, den ich seit beinahe 2 Jahren zu beobachten und zu behandeln Gelegenheit habe. Da bei den meisten derartig Erkrankten, wie auch die Angaben Krafft-Ebing's beweisen, ein organisches spinales Leiden diagnosticirt und dadurch die Prognose eine sehr schlechte wird, so ist es im Interesse solcher Kranker höchst wünschenswerth, dass derartige Fälle immer wieder veröffentlicht werden.

Gerade das nicht immer sehr deutlich ausgeprägte Bild der Hysterie erschwert oft die Sicherheit der Diagnose, wobei gleichzeitig auch der Umstand in Betracht zu ziehen ist, dass solche Kranke meist den Arzt in der Sprechstunde aufsuchen und dort untersucht werden, wo ein natürliches Sichgehenlassen des Patienten am ersten ausgeschlossen ist. Dem Kliniker, der den Kranken wie in seiner Häuslichkeit zu jeder Zeit und unangemeldet sehen und ungesehen beobachten kann, wird es natürlich viel leichter gemacht als dem praktischen Arzte, sich ein richtiges, vollkommen objectives Bild einer solchen Erkrankung zu machen. So kam es, dass auch mein Patient, dessen Krankengeschichte später folgen soll, im Verlaufe der 4 Jahre, in denen seine Krankheit schon vor Beginn meiner Behandlung bestand, nur im Anfange für einen Neurastheniker, später aber, als die spastisch-paretischen Erscheinungen aufzutreten begannen, von den behandelnden Aerzten für einen spinal Erkrankten gehalten wurde. Dementsprechend nistete sich in seinem Gehirn die Autosuggestion «rückenmarksleidend zu sein», während der 4 Jahre so hartnäckig fest, dass es nur mit grösster Mühe gelang, demselben durch die Therapie das Unbegründete seiner Annahme zu beweisen.

Die ersten Veröffentlichungen über unser Thema von Fürstner[1]) beschäftigen sich ausschliesslich mit Fällen, in denen die Krankheit nach Traumen bei Unfallrenteberechtigten auftrat. Ebenso die durch diese Veröffentlichungen angeregten Mittheilungen von Nonne[2]).

Diese beiden Autoren nennen nach dem Vorschlag Fürstner's die Krankheit «pseudospastische Parese». Nach meiner Meinung bezeichnet Krafft-Ebing das Bild präciser mit seiner Benennung «Pseudoparesis spastica», weil das am meisten in die Augen springende, und therapeutisch die meisten Schwierigkeiten bietende Symptom die Pseudoparese ist. Die Fälle der beiden ersten Autoren unterscheiden sich im Allgemeinen nur in aetiologischer Beziehung von denen Krafft-Ebing's, insoferne, als Fürstner und Nonne ein Trauma als auslösendes Moment annehmen und die Erkrankung für ein Aequivalent der sog. traumatischen Neurose halten, während Letzterer Krankengeschichten von solchen Patienten, die ein entweder angeboren oder erworben geschwächtes Nervensystem hatten, bringt und die Erkrankung selbst der Hysterie subsummirt. Das Vorkommen eines und desselben Symptomencomplexes von functionellen Störungen im Nervensystem bei Hysterischen und Unfallkranken, die mit der sog. traumatischen Neurose behaftet sind, ist insoferne ganz interessant und beachtenswerth, als es die Ansicht Derjenigen zu unterstützen scheint, die, wie Strümpell[3]), eine eigene «traumatische Neurose» überhaupt nicht annehmen.

Ausser den bisher erwähnten Veröffentlichungen liegt noch eine von Onuf[4]) vor, welche sich den Nonne'schen anreiht, sowie eine von Flockemann[5]), welche hier der Vollständigkeit halber angeführt seien.

Da das Wesen der in Frage kommenden Neurose am besten durch Schilderung eines entsprechenden Falles erkannt wird, so möge nun die Krankengeschichte meines Patienten folgen.

A. B., 54 Jahre alt, Telegraphenofficial a. D., kam am 13. IV. 1896 in meine Behandlung, nachdem er in jüngster Zeit ganz ohne irgend welche Behandlung sich selbst überlassen war. Vorher hatte er verschiedene Aerzte und zuletzt einen Heilmagnetiseur gehabt und beschloss, gar nichts mehr zu thun, «weil ihm nicht mehr zu helfen sei bei seinem schweren Rückenmarksleiden». Durch eine Bekannte wurde er veranlasst «es einmal mit mir zu probiren». Patient ist zum zweitenmale verheirathet, ist Vater von 3 kräftigen Kindern, die nur die Zeichen ehemaliger Rhachitis, die sie von der Mutter geerbt haben, tragen, und war nach seiner be-

[1]) Neurolog. Centralblatt 1896, No. 15.
[2]) Neurolog. Centralblatt 1896, No. 18.
[3]) Münch. med. Wochenschrift 1895, S. 1137.
[4]) Neurolog. Centralblatt 1897, No. 8.
[5]) Münch. med. Wochenschrift 1898, S. 801.

stimmten Angabe nie luetisch inficirt. Ausser den Kinderkrankheiten hat er keine Krankheiten durchgemacht, ausser vor 4 Jahren Influenza, an die sich seine jetzige Erkrankung anschloss. Er war nie Trinker oder starker Raucher, hatte im Gegentheil einen pedantisch geregelten, sehr soliden Lebenswandel geführt. Als Hauptursache für seine Erkrankung gibt er Ueberanstrengung in seinem schweren Dienst in Folge übertriebenen Eifers und Pflichtbewusstseins an. Von Nervenleiden in seiner Familie ist ihm nichts bekannt.

Sein jetziges Leiden begann mit Schwäche und Zittern im linken Arm. (Patient ist nicht linkshändig!) Dann breitete sich die Schwäche auf beide Arme aus, während das Zittern auf den linken Arm beschränkt blieb. Die Schwäche wurde so gross, dass er nicht immer allein essen, sich waschen und ankleiden konnte. Dann wurden beide Beine von der Schwäche befallen, so dass Patient nur mit Unterstützung kurze Strecken gehen konnte. Er sass in Folge dessen den grössten Theil des Tages vor seinem Schreibtisch und sank dabei mit dem Oberkörper immer mehr zusammen, so dass sich im Laufe der Jahre eine Verkrümmung der Brustwirbelsäule nach hinten und der rechten Seite ausbildete. Die Arme und Beine, Nacken- und Gesichtsmusculatur waren den grössten Theil des Tages wie gelähmt, so dass er sie nur ausnahmsweise willkürlich benutzen konnte. Das letztere war besonders im Affect möglich. Die Athemmusculatur war stets intact, während die Schlingbewegung mitunter sehr behindert war, so dass Patient z. B. nur in ganz kleinen Schlucken und sehr vorsichtig trinken konnte und sich sehr leicht verschluckte. Vorübergehend ging es dann wieder ganz gut. Blase und Darm functionirten und functioniren stets gut, auch die Potenz ist sehr gut erhalten, nur ist es merkwürdig, dass Patient, der sonst im Affect seine Lähmungserscheinungen verliert, beim Act dieselben andauernd behält und desshalb die nöthigen Motionen seiner besseren Hälfte aufgebürdet hat. Wenn Patient einen guten Tag hatte und die Parese fast vollständig verschwunden war, so genügte die geringste seelische Erregung, ja schon der Gedanke, er könne irgend eine Bewegung nicht ausführen, um alle Erscheinungen wieder auftreten zu lassen. Der Schlaf war stets gut. Die Lähmungserscheinungen cessirten während desselben vollständig. Merkwürdigerweise war auch das Schreiben, wenn auch langsam, stets möglich. Eine Schriftprobe zeigte eine vollständig normale, nicht zitternde Schrift.

Als ich den Patienten zum ersten Male sah, sass er, wie gewöhnlich, vor seinem Schreibtisch, ohne bei meinem Eintritt in's Zimmer den Kopf nach mir zu drehen. Das Gesicht zeigte einen ängstlich-blöden, erschlafften Ausdruck, der Mund war offen, der Blick starr in's Leere gerichtet. Im Allgemeinen machte Patient auf den ersten Blick den Eindruck eines schwer kranken Mannes.

Die Untersuchung ergab die schon erwähnte Kyphoskoliose, die mit grosser Anstrengung theilweise corrigirt werden kann. Sonst gesundes Aussehen, gute Ernährung. Die vegetativen Organe ohne pathologischen Befund. Urin kein Zucker, kein Eiweiss.

Im Uebrigen das Bild einer Hystero-neurasthenia levis (leichte Erregbarkeit, Depression, Suggestibilität nach der schlechten Seite, Nosophobie im Sinne eines unheilbaren Rückenmarksleidens mit allgemeiner Lähmung, auffallend rasche geistige und körperliche Ermüdung, beschleunigte Herzthätigkeit, Hyperhydrosis, Aufhebung des Würgreflexes, Zittern in den Augenlidern und der Zunge, krankhaftes Interesse an seiner Person, verbunden mit Theilnahmslosigkeit für alles Andere u. s. w.).

Die oberen Extremitäten werden in halbgebeugter Stellung dauernd fixirt gehalten. Nur mit Anwendung grosser Kraft ist eine passive Streckung derselben möglich. Die rohe Kraft in beiden Händen meist sehr herabgesetzt. Im linken Arm besteht fortwährend, auch bei passiven Bewegungen ein kleinschlägiger Tremor. Nur bei stärkster psychischer Ablenkung hört derselbe auf kurze Zeit auf. Derselbe soll jedoch auch im Schlaf bei Lagewechsel des Armes auftreten und Patienten öfters aufwecken. Die Muskeln sind gut entwickelt und sehr straff, jedoch nicht hypertrophisch. Patient macht an einem Trapez 3—4 Klimmzüge ohne besonders grosse Anstrengung. Tiefe Reflexe gesteigert.

Die unteren Extremitäten sind ebenfalls etwas gebeugt und können nur mit Kraftanwendung passiv vollständig gestreckt werden. Es bestehen jedoch Contracturen ebensowenig wie in den Armen. Die rohe Kraft ist hier ebenfalls herabgesetzt. Keine Dys- oder Hypertrophien der Musculatur. Kein Tremor. Es gelingt im rechten Bein einen leichten Fussklonus auszulösen. Die Patellarsehnenreflexe sind beiderseits gesteigert, ebenso Fusssohlen-, Cremasterreflexe u. Achillessehnenphänomen. Sensibilitätsstörungen finden sich nirgends am Körper. Es besteht kein Romberg'sches Symptom. Alle sonstigen Empfindungen gut erhalten. Die elektrische Erregbarkeit ist vollkommen normal. Von Seite der Gehirnnerven sind keine Störungen vorhanden.

Patient steht mit halbgebeugten Knien etwas breitspurig und balancirt fortwährend. Er hat dabei einen ängstlichen Gesichtsausdruck, da er fortwährend fürchtet zu fallen.

Sein Gang ist ausgesprochen spastisch, so zwar, dass es Momente gibt, wo Patient in's Schiessen kommt und nach vorne zu Boden fällt, wenn er kein Hinderniss findet, an dem er sich festhalten kann. Er führt die Beine auf den Zehen gehend steif in der Beuge nach vorne und klebt dabei mit den Zehen fest am Boden, so dass sein Gang scharrend und sehr geräuschvoll ist. Er ist nicht im Stande, willkürlich diese rasche Vorwärtsbewegung zu hemmen. Der ganze Körper, auch Hals und Gesicht, sind dabei in einem spastisch-paretischen Zustand. Rückwärts gehen ist dem Pat. fast vollkommen unmöglich, nach 2—3 Schritten fällt derselbe steif wie ein Stock nach rückwärts gegen die Wand oder zu Boden, von dem er dann allein nicht mehr aufstehen kann. Er bleibt, wenn man es darauf ankommen lässt, stundenlang liegen, ohne aufkommen zu können.

Während er grössere Strecken ohne Führung, bei welcher der Gang vollkommen spastisch bleibt, nicht zurücklegen kann, geht er die 4 Stiegen zu seiner Wohnung flott auf und ab, ohne sich am Geländer anzuhalten und indem er beim Aufwärtsgehen 2 Stufen auf einmal nimmt. Hören die Stufen auf, tritt sofort wieder der spastisch-paretische Gang auf.

Am Abend ist das Gehen verhältnissmässig am Besten.

Zum Ankleiden, Waschen, Essen etc. braucht Patient die 10fache Zeit des Gewöhnlichen, da er nur hie und da einige Bewegungen ausführen kann, und dann wieder minutenlang wie eine Wachsfigur mitten in einer Bewegung stehen bleibt. Ich musste dabei stets den Kraftaufwand bewundern, der von ihm eigentlich tagsüber gebraucht wird, um die Extremitäten so lange in gebeugter Stellung zu halten.

Den Versuch, eine rasche Wendung zu machen, büsst er fast stets mit einem Fall. Bei diesen Stürzen kommen specifischer Weise selten wirkliche Verletzungen vor.

Die Hebung der Beine und Arme ist für gewöhnlich unmöglich, das Niedersetzen und Aufstehen geschieht, wie alle noch möglichen Bewegungen, sehr langsam, Niederlegen und dann Aufstehen ist ohne fremde Hilfe überhaupt unmöglich.

Es bestehen ferner, wie schon früher bemerkt, Schluckbeschwerden, so dass Patient die zu trinkende Flüssigkeit erst in den Mund nimmt und dann mit sichtbarem Kraftaufwand in die Speiseröhre hinabpresst.

Das war in grossen Zügen der Befund, als ich den Patienten in Behandlung bekam. Ich stellte die Diagnose «Hysterie mit Lähmungserscheinungen» und sagte dies dem Kranken und seiner Umgebung mit den entsprechenden Erklärungen.

Meine Therapie bestand nun vom ersten Tage an in einer streng systematisch durchgeführten gymnastischen Cur, indem mit den noch möglichen Bewegungen begonnen und auf diesen Stück für Stück weitergebaut wurde. 2—3mal wöchentlich wurde auf diese Weise ½—1 Stunde geübt. Das Resultat war eine von Woche zu Woche gesteigerte Gehfähigkeit, so dass nach einiger Zeit gemeinsame Spaziergänge gemacht wurden, bei denen mich mein Patient schliesslich einmal eine gute Stunde ohne Unterstützung begleiten konnte.

Neben diesen Turnübungen wurden hydrotherapeutische und elektrische Heileffecte benutzt, mit grösserem oder kleinerem Nutzen. Viele Hypnosen, bei denen es mit einiger Geduld gelang, den Pat. in tiefen Schlaf zu versetzen, waren von sehr rasch vorübergehendem Erfolg. Wir betrieben desshalb zuletzt, und auch jetzt, nur noch die gymnastischen Uebungen, zumal durch dieselben auch am besten, besser als durch die Hypnosen, die äusserst festsitzende Autosuggestion, «gelähmt zu sein», bekämpft werden konnte. Der Glaube an seine Wiedergenesung hob sich mit jeder neuen Bewegung, die in den Turnstunden gelang. Dass dies sehr langsam ging und eine unendliche Geduld erforderte, beweist, wie fest die Ueberzeugung beim Patienten sass, unheilbar zu sein. Jetzt befindet sich derselbe auf dem besten Wege, vollkommen gesund zu werden, wenn ich auch nicht in Abrede stellen will, dass von mir nicht beeinflussbare Umstände eintreten können, die eine Rückkehr des ganzen anfänglichen Krankheitsbildes verursachen könnten. Krafft-Ebing führt diese unangenehme Erfahrung auch an und konnte sogar verschiedentlich absolut keine Ursache für die Verschlechterung bei seinen betreffenden Patienten finden.

Verschiedene Störungen des Allgemeinbefindens, die während der Behandlung auftraten, wirkten theils günstig, theils schlecht auf den Patienten, lieferten aber gerade den Beweis für die Natur des Leidens, als eines functionellen. So lenkten 2—3 gastrische Krisen stets die Aufmerksamkeit des Patienten von den Extremitäten ab und besserten folglich deren Steifheit und die Gehfähigkeit, während aetiologisch unerklärliche Oedeme der Knöchelgegend (Urin stets ohne Befund) ganz nach Erwarten das Gehen verschlechterten und die ganze Aufmerksamkeit des Kranken auf die unteren Extremitäten lenkten, während gleichzeitig die Arme freier wurden. Sonstige Störungen des Allgemeinbefindens, die rasch wieder verschwanden, wie Schwindel oder leichte Paraesthesien in den Armen (ohne Sensibilitätsstörung beim Untersuchen) gingen ohne bemerkenswerthen Einfluss auf das Leiden vorüber.

Als mir nun die Veröffentlichungen Krafft-Ebing's in die Hände kamen, war ich sehr angenehm überrascht, durch diesen sowohl meine Diagnose als auch Therapie sanctionirt zu sehen.

Da bei meinem Kranken jede Möglichkeit eines Traumas mit Sicherheit auszuschliessen ist, gehört meine Beobachtung zur Kategorie derer von Krafft-Ebing.

Von den seinen Fällen gemeinsamen Erscheinungen fanden sich bei meinem Patienten alle. Wie dort bestanden hier 1) Stör-

ungen der Innervation der unteren Extremitäten; 2) spastische Erscheinungen, und 3) Steigerung der Reflexe, besonders der tiefen. Als Symptome, die das Bild der spastischen Spinalparalyse nur noch täuschender vorführten, fand ich: Störungen der Innervation auch in den Armen, Hals- und Gesichtsmusculatur, Schluckbeschwerden, Schütteltremor im linken Arm. Der letztere ist zugleich ein Beweis, dass der Tremor nicht nur der nach Traumen auftretenden Pseudoparesis spastica eigenthümlich ist, sondern auch bei Fällen vorkommen kann, die auf rein neuropathischem Boden sich entwickeln. Erschwerend für die Diagnose wirkte auch hier, wie schon oben angedeutet, der Umstand, dass das Bild der Hysterie nicht klar gezeichnet ist, dass z. B. Stigmata wie die Sensibilitätsstörungen vollkommen fehlen.

Nur die Beobachtung ergibt mit Gewissheit, womit man es zu thun hat. Es handelt sich bei meinem Patienten um eine «rein cortical zu localisirende und psychisch bedingte Functionsstörung» (Krafft-Ebing). Man hat bei den gymnastischen Uebungen und bei den willkürlich versuchten Bewegungen des Kranken den Eindruck, als ob eine Hemmung, die stärker ist, als der Wille, den richtig vom Centrum abgeschickten Impuls gewissermaassen auf dem centrifugalen Laufe abfängt und so die Ausführung jeder Bewegung verhindert. Der Patient fühlt dies selbst und sucht dieser Hemmung zuvorzukommen, was ihm aber nicht immer gelingt. Dann geräth er über das «Hinderniss» stets in Erregung und wenn diese Erregung stark genug wird, gelingt es ihm oft, die hemmenden Einflüsse zu besiegen. Die Hemmung wirkt auch nicht mehr, wenn stärkere Reize sie übertönen, so bei nicht willkürlichen Affecten, z. B. bei überraschendem Aerger über einen Sohn kann er diesem eine kräftige Ohrfeige geben, 2 Minuten danach aber kehrt mit dem Bewusstsein, sich frei bewegt zu haben, stets wieder die Lähmung zurück und nun kann er keinen Löffel mehr zum Mund heben. Im willkürlichen Affect, in dem er also die Controle über sich behält, z. B. beim Coitus, verschwinden die Lähmungserscheinungen nicht. Gerade diese merkwürdige Art der Hemmung erscheint mir interessant. Sie beweist am besten, dass diese corticale Hemmung ihre Ursache in der früher bestandenen Autosuggestion hat, «schwer spinal erkrankt zu sein». Wie im Laufe der gymnastischen Uebungen und der Behandlung überhaupt durch die dagegen gesetzte Suggestion «alle Bewegungen machen zu können, weil es sich nur um eine krankhafte Willensschwäche, und nicht um eine Lähmung handele», allmählich die Kraft der Hemmung abnahm, zu beobachten, ist bemerkenswerth. Im Anfang musste Patient stets erst nach meinem Commando warten, bis der sofort nach dem corticalen Impuls für die verlangte Bewegung auftretende Hemmungsreiz verklungen war, während jetzt der motorische Impuls stark genug ist, um bei Anspannung der ganzen Willenskraft sogleich zu siegen und die Bewegung auszuführen. Dadurch ist selbstverständlich die Erinnerung an die seinerzeit durch die Autosuggestion erzeugten Associationsbilder stark verblasst. Um diese letzteren immer mehr, ja vielleicht vollständig zu verwischen, ist es nöthig, die Behandlung gewissermaassen über die Genesung hinaus fortzusetzen und die Geduld und das Interesse für den Kranken nicht zu verlieren.

Umstände, die auch das Nervensystem des gewöhnlichen Hysterischen und Neurasthenikers schädigen, wie Aufregungen oder geistige und körperliche Uebermüdungen wirkten auch auf den Zustand meines Kranken sehr verderblich und müssen auch jetzt noch streng vermieden werden.

Ob der Tremor als ein reiner Ermüdungstremor aufzufassen sein dürfte, wie das in solchen Fällen geschehen ist, ist fraglich, da sonst nicht einzusehen wäre, warum er nicht auch in dem anderen Arm und in den Beinen aufgetreten wäre. Ich halte denselben für psychisch bedingt durch den Umstand, dass die ersten schwereren Erscheinungen des jetzigen Leidens im linken Arm ihren Anfang nahmen. Ich glaube desshalb auch, dass er zuletzt verschwinden wird.

Für die vorstehend entwickelten Ansichten spricht der Umstand, dass im tiefen Schlaf alle spastisch-paretischen Erscheinungen verschwanden und sofort beim Erwachen wieder auftraten.

Zum Schlusse möchte ich noch bemerken, dass ich es für nothwendig halte, solche Fälle schon desswegen zu veröffentlichen, weil die Ursache solcher glücklicherweise seltener Erkrankungen in Form der Suggestion eines spinalen Leidens sehr häufig durch Aerzte gegeben ist.

Beitrag zur sanitätspolizeilichen Bedeutung und Nothwendigkeit von Obductionen.

Von Dr. *Schwaab*, Irrenanstaltsdirector a. D.

«Sectio docebit.» Mit diesen Worten schloss zuweilen ernst sinnend einer der vorzüglichsten klinischen Lehrer seine eingehenden Erörterungen über den oder jenen schwierigen aussichtslosen Krankheitsfall, nicht ohne dass er die Zuhörer belehrt hätte, wie auch in einem solchen Falle die ärztliche Kunst ihrer humanen Aufgabe, selbst unheilbaren Kranken helfend beizustehen, gerecht werden könne.

Aus der wissenschaftlichen Betrachtung der erkrankten Körperorgane an der Leiche gewinnt die Beurtheilung der während des Lebens am Kranken beobachteten Krankheitszustände eine höchst werthvolle Vertiefung und mancher zu Lebzeiten dunkel gebliebene Vorgang wird durch eine genaue Leichenschau aufgehellt. Mögen auch die ärztlichen Erfahrungen am Krankenbette im Laufe der Zeit viele segensreiche Kenntnisse zu Tage gefördert und in den Dienst der leidenden Menschheit gestellt haben, mag auch das Experiment, wie die chemischen und bacteriologischen Forschungen der medicinischen Wissenschaft neue Wege zum Wohle des Einzelnen und der Gesammtheit eröffnet haben, so muss doch das Studium der pathologischen Anatomie, die Betrachtung der erkrankten Körpertheile an der Leiche, als die lauterste Quelle der ärztlichen Erkenntniss, als der zuverlässige Born unzweideutiger Wahrheit anerkannt werden.

Was ist mit all' dieser Erkenntniss an der Leiche dem Verstorbenen gedient? — —

Um solcher Erkenntniss willen soll die Ruhe des Todten nicht gestört werden! höre ich den Laien schmerzbewegt fragen und voreilig antworten.

Ja, selbst in ärztlichen Kreisen begegnet man zuweilen einer solchen unwissenschaftlichen Auffassung, die gar gerne der herkömmlichen Scheu vor Störung der Ruhe des Gestorbenen sich anbequemt, statt unbeirrt durch unberechtigte Vorurtheile dem edleren Ziele jeder ärztlichen Thätigkeit zuzusteuern, welche unablässig, allzeit und allerwärts auf die Erforschung der thatsächlichen Verhältnisse, auf die Klärung des inneren Zusammenhanges der Dinge, auf die Offenbarung der Wahrheit gerichtet sein muss, um auf dieser Grundlage Leiden zu heben, Leiden zu lindern. Weder Galvani noch Röntgen, weder Rokitansky noch Virchow, noch irgend welche Forscher der Vor- und Mitwelt haben je bei ihren Beobachtungen und Entdeckungen den Nutzeffect im Auge gehabt, welcher aus ihrer geistigen Arbeit für den Erdkreis entsprossen ist und in Zukunft in fort und fort steigendem Maasse entspriessen wird; sie Alle stehen lediglich im forschenden Dienste des Wahren; das Wahre ist aber auch das Gute.

Lässt sich auch nicht erwarten, dass in jedem einzelnen Sterbefalle aus der Feststellung der anatomischen Todesursachen ein erheblicher wissenschaftlicher oder socialer Nutzen erreicht werde, so lässt sich doch nicht in Abrede stellen, dass die volle Kenntniss und die sachgemässe Würdigung der pathologisch-anatomischen Beschaffenheit der inneren Organe eines Verstorbenen gelegentlich für die ärztliche Berathung und Behandlung eines Hinterbliebenen recht förderlich werden kann. Nachdem aber die moderne Gesetzgebung die Berufsgenossenschaften mit der Fürsorge für eine Art erweiterter Familienverbände betraut hat und diese Fürsorge mit Recht schon jetzt eine ihrer Hauptaufgaben in der Verhütung von Schädigungen erblickt, wäre zu überlegen, ob und wie sich aus der zuverlässigen Erkennung und Berücksichtigung der pathologisch-anatomischen Befunde verstorbener Genossenschaftsglieder für die gesundheitlichen Beziehungen der lebenden Verbandsangehörigen Schlüsse ziehen und prophylaktische Maassregeln aufbauen liessen. Nachdem die Förderung der Gesundheitsverhältnisse der Bevölkerung im Programme aller Sparten jeder staatlichen oder gemeindlichen Verwaltung figurirt, der es ernstlich darum zu thun ist, die culturellen Fortschritte des

Menschengeschlechtes all' Denen zuzuwenden, über und für welche sie zu walten und zu schalten hat, so wird es nicht an Anlässen fehlen, die im allgemeinen Interesse liegende Leichenschau, deren Ausführung freilich nicht immer auf der Höhe der Zeit steht, sowie die ärztliche Anzeigepflicht bei Infectionskrankheiten u. dgl., durch Vorschriften über theilweise oder vollständige Besichtigung der inneren Körpertheile, z. B. der in Krankenhäusern Verstorbenen, der oder jener Berufsarten u. dgl. zu erweitern und nutzbringend auszugestalten.

Abgesehen von der in grösseren Städten bestehenden Uebung der intelligenteren Bevölkerungskreise, ihre verlebten Angehörigen seciren zu lassen, werden bis jetzt Sectionen in der Regel nur dann vorgenommen, wenn solche der Staatsbehörde für Zwecke der Rechtspflege geboten erscheinen; dafür aber, dass die Nichtvornahme einer Leichenöffnung aus Gründen familiärer und öffentlicher Natur einer Unterlassungssünde gleichzuachten sein könne, dürfte folgender Fall einen sprechenden Beweis liefern.

Im Jahre 1895 kamen in N. N., einem Städtchen mit circa 4000 Einwohnern, eine Reihe von Erkrankungen an Typhus vor, über deren Auftreten von ärztlicher Seite vorschriftsgemäss Anzeige bei der nächsten Verwaltungsbehörde erstattet wurde; in Folge dessen trug die Militärbehörde in, wie mich bedünkt, voll berechtigter Vorsorge für die Gesundheit der Mannschaften Bedenken, das Städtchen während der Herbstmanöver 1895, wobei ein bayerisches Armeecorps das im Jahre 1866 berührte Gelände zu durchziehen hatte, zu belegen; es wurden vielmehr die für dasselbe bestimmten Truppen in den Nachbarorten einquartirt. Natürlich fehlte es nicht an unüberlegten Aeusserungen localpatriotischen Missmuthes über diese Anordnung und die ihr vorangegangene vermeintliche Schädigung des sanitären Rufes des Städtchens, hatte doch dies u. A. zur Folge, dass Eltern, welche sich mit der Absicht trugen, ihre Kinder in dortige Lehranstalten zu geben, davon abstanden; doch sollte aus diesem bitteren Kerne der Keim zu einem Unternehmen erwachsen, welches der Einwohnerschaft zum bleibenden Vortheil gereicht; die städtischen Körperschaften traten nämlich nunmehr ernstlich an die schon wiederholt gestreifte Wasserleitungsfrage heran und führten sie trotz aller Einwände im Jahre 1897 einer Lösung zu, welche alle Betheiligten in allen wesentlichen Punkten bis jetzt vollauf befriedigt hat, eine Befriedigung, die in nicht allzuferner Zeit um so vollständiger sein wird, als die Vollendung der seit Jahrzehnten geplanten und gegenwärtig im Bau begriffenen Flussbrücke durch die kürzlich projectirte und jüngst bereits in Angriff genommene Canalisirung der Stadt keinen weiteren Aufschub erleidet.

Wie vor einigen Jahren die vorläufigen Erklärungen Koch's über die Wirkungen des Tuberculinserums trotz ihrer Reserve in Folge allzu sanguinischer Zeitungsberichte bei der grossen Menge den Glauben erweckten, als sei nunmehr der Sieg über die Tuberculose errungen, so fehlt es auch im erwähnten Städtchen nicht an naiven Sanguinikern, welche meinen, der Typhus werde durch die Einführung der Wasserleitung ein für alle Mal aus dem Weichbild der Stadt verbannt.

Für diese Leichtgläubigen mag es nun eine arge Enttäuschung gewesen sein, als im Laufe des Monats Juli 1898 bekannt wurde, dass ein Hausbesitzer unter Erscheinungen erkrankt sei, welche den Verdacht auf Typhus wachriefen, wesshalb vorschriftsmässig Anzeige bei der Verwaltungsbehörde erstattet wurde, wodurch der Amtsarzt Veranlassung bekam, sich mit der näheren Prüfung der sanitären Seite dieses Falles zu beschäftigen. Selbstverständlich schien dabei die Thatsache von besonderer Bedeutung, dass das fragliche Anwesen, welches 1894—95 erbaut wurde und etwa 300 m vor der Stadt frei und gesund gelegen ist, nicht an die Wasserleitung angeschlossen ist, sondern sein Trinkwasser einem Pumpbrunnen entnimmt; desshalb konnte auch die Bemerkung der Frau des erkrankten Hausbesitzers, dieser habe nie davon getrunken, dem Amtsarzte keineswegs maassgebend sein, sondern es wurde nach Feststellung der Entfernung der Dungstätte vom Brunnenschachte u. dgl. eine dem Brunnen entnommene Wasserprobe an das nächste Universitätslaboratorium zur sachgemässen Untersuchung gesendet und Anordnungen vorgesehen, um die Benützung des Brunnens und die darin liegende Gefahr einer event. Infection mit Typhus auszuschalten; zugleich wurde der Rath ertheilt, nicht davon zu trinken.

Dass unter sobewandten Umständen die Besorgniss vor der Ansteckung mit Typhus auch in sonst beherzte Gemüther einzog und sie völlig umstrickte, lässt sich daraus entnehmen, dass eine im oberen Geschosse des fraglichen Hauses wohnhafte Familie unter dem Ausdrucke lebhaften Bedauerns über die Nothwendigkeit des Wohnungswechsels in Folge der verhängnissvollen Erkrankung des Hausherrn sofort auszog und lieber eine vierteljährige Miethvergütung als das Risiko einer Gesundheitsschädigung auf sich nahm, und dass eine zweite im Nachbarhause wohnende Familie ungesäumt Anstalten traf, ihren zu Besuch anwesenden Enkel in seine Heimath zu spediren, um sich nicht der Verantwortung für seine etwaige Erkrankung an Typhus auszusetzen. Von dem Gefühl der Unsicherheit der zum Stillhalten an Ort und Stelle Genöthigten wollen wir nicht reden.

Wie weit die Furcht vor einer Typhusinfection um sich gegriffen hatte, dürfte auch daraus hervorgehen, dass der mit der Anfertigung des Sarges beauftragte Schreinermeister Bedenken trug, das Maass persönlich zu nehmen; ob er es gleichwohl that und wenn er es that, unter welchen Empfindungen, ist dem Berichterstatter nicht bekannt geworden. Die allgemeine Verbreitung dieser Besorgniss vor Typhusgefahr erhellt auch daraus, dass seitens der magistratischen Einquartirungscommission bei der Einquartirung eines Theiles des vom Hammelburger Schiessplatze zurückkehrenden 5. Artillerieregiments am 26./27. Juli dem Umkreise des verdächtigen Hauses, dessen Besitzer am 25. seinem Leiden erlag, vorsichtig aus dem Wege gegangen wurde.

Seitens des amtlichen Leichenschauers wurde als Todesursache Typhus genannt.

Zu gleicher Zeit ging aber auch das Gerücht, der Verstorbene sei schwindsüchtig gewesen; dieses Gerücht stützte sich wie es scheint, auf frühere Aeusserungen eines Arztes, welchen der Verlebte einige Zeit vorher zu Rathe gezogen, aber getadelt hatte, weil er ihm Verhaltungsmaassregeln wegen «Verschleimung der Lungen» gegeben, die der Patient nicht wahr haben wollte, da er auf der Brust keine Schmerzen spüre, was er dadurch bekräftigte, dass der untersetzte Mann mit der Faust kräftig auf seinen gut gewölbten Brustkasten schlug und im guten Glauben den dröhnenden Wiederhall als Zeichen gesunder Brust und Lungen rühmte.

Zog man gegenüber diesem fragwürdigen Argumente des Kranken noch weiter in Betracht, dass der Verlebte dem Steinhauerberufe angehörte, der bekanntlich Jahr aus Jahr ein durch Tuberculose decimirt wird und die Steinindustrieorte des Maingrundes mit Wittwen und Waisen füllt, ferner, dass seine erste Frau im Alter von 34 Jahren nach 10jähriger Ehe an Lungenschwindsucht, woran auch zwei jüngere Schwestern zu Grunde gingen, gestorben war, lag die Frage nahe, ob es nicht zweckmässig sei, dem wahren Sachverhalt durch Vornahme der Obduction auf den Grund zu sehen. Nachdem ausserdem das Vorhandensein minderjähriger Kinder aus zwei Ehen gerichtliche Vermögensauseinandersetzung und desshalb Verkauf des Anwesens voraussehen liess, war auch zu beachten, dass das Ergebniss der Leichenöffnung eine Art sanitäre Ehrenrettung für das Anwesen bilden könne und zwar umsomehr, als die wegen des Typhusverdachtes in Gang gekommenen sanitätspolizeilichen Vorsorgemaassnahmen und die fluchtartige Scheu vor der Berührung mit dem verrufenen Hause von praktischer Bedeutung beim Verkaufe, wie bei einer etwaigen Vermiethungsgelegenheit sein mussten. Schaden konnte die Section keinesfalls, denn eine weitere Steigerung der bereits berichteten, allgemein verbreiteten Empfindungen des Unbehagens gegenüber dem «Typhusherde» war kaum mehr denkbar, sollte auch das Sectionsbesteck die Typhusgeschwüre dutzendweise vor das ärztliche Auge bringen. Unterblieb die Obduction und bestand der Typhusverdacht über dem geschlossenen Grabe des Verlebten fort, so war der Phantasie ängstlicher Gemüther freier Pass gegeben.

Diesen Erwägungen gab die im Wesentlichen auf sich und ihre 5 Kinder angewiesene Wittwe Raum, so dass sie um Vornahme der Section bat, zu der desshalb auch einige Stunden vor der Beerdigung geschritten wurde. Zu der solchermaassen knapp vor Thorschluss improvisirten Obduction der in Folge der Sommerwärme rasch sich zersetzenden Leiche des mittelgrossen, gut genährten, musculösen Mannes waren kurz vorher die beiden Aerzte, bei denen der Verstorbene sich Rath und Beistand erbeten hatte, eingeladen worden, deren einer auch den Amtsarzt unter der Bitte um eine Sectionssäge verständigte. Da bei Beginn der Leichenöffnung, die sich in Folge Verhinderung des bestellten Baders etwas verzögerte, noch keiner der Collegen zugegen war, wurde vom Referenten nach Eröffnung der Brust- und Bauchhöhle ohne weitere Prüfung des Brustraumes und seines Inhaltes zunächst der Darm am Zwölffingerdarme und am Mastdarme unterbunden, in toto gelöst, hierauf vom Netze getrennt und in Ermangelung einer Darmscheere mit einer geraden Scheere aufgeschnitten, wobei sich zuweilen die eine oder andere Branche in die Darmschleimhaut einspiesste. Hierauf in einem Eimer abgespült und in seiner ganzen Länge auf einer umgestülpten Tischplatte sorgsam ausgebreitet, zeigte die Schleimhaut des Dünndarmes in einer Länge von zwei Metern stellenweise geringere oder stärkere röthliche, sammetglänzende Färbung mit mässiger, diffuser Schwellung und Lockerung; in einer solchen Schleimhautstelle war ein etwa linsengrosser, unregelmässiger, eckiger Schleimhautsubstanzverlust mit röthlichbraunem Grunde. Umschriebene Schwellungen von Solitärdrüsen und Peyerschen Drüsenhaufen, jene charakteristischen Localerscheinungen, wie sie dem Auge des Referenten als unverwischbare Erinnerungsbilder an all' die Sectionen im Münchener allgemeinen Krankenhause und in der Kreisirrenanstalt Werneck vorschweben, wo 1874/76 trotz Wasserleitung und Canalisation zwei Hausepidemien[1])

[1]) Beide Epidemien, welche dem Referenten, entgegen seiner Schulweisheit, nach langem innern Kampfe die Ueberzeugung von der Contagiosität des Typhus aufdrängten, wurden im Aerztlichen Intelligenzblatt (1878, No. 40; 1879 No. 48) besprochen und waren der Grund, wesshalb ein während der Amberger Typhusepidemie 1891, nach energischem Selbstmordversuch in die Kreisirrenanstalt

auftraten, waren trotz allen Eifers nirgends zu entdecken; ebenso fand sich trotz genauer Durchmusterung des Darmes seitens der beiden Aerzte keine Spur von Typhusgeschwüren; denn der oben berührte Substanzverlust der Schleimhaut war wohl nichts Anderes, als ein Kunstproduct des Sekanten, dessen Entstehung durch die Umstände und den Mangel einer Darmscheere genügend erklärt und entschuldigt sein dürfte.

Im weiteren Verlaufe des Dünndarmes, im Blinddarme, wie an der Klappe waren ungeachtet der sorgsamsten Nachschau Unregelmässigkeiten irgend welcher Art nicht wahrzunehmen; dagegen bot die blasse Schleimhaut des Dickdarmes einen eigenthümlichen Anblick durch eine Menge kleinster, in und unter ihr liegender, weissgrauer, über die ganze Fläche unregelmässig zerstreuter, hirsekorngrosser Knötchen. Dass diese Körnchen miliare Tuberkel seien, sollte später klar werden. Der Vollständigkeit halber sei noch erwähnt, dass weder im Bauchfell, noch in der brüchigen, dunkelbraunen Leber, noch an den Nieren ähnliche Knötchen bemerkt wurden. Die Magenschleimhaut war dunkelweinroth verfärbt.

Bei der nunmehr vorgenommenen Besichtigung und Herausnahme beider Lungen, von denen die linke an der Spitze durch einzelne Bindegewebsspangen leicht an das Rippenfell geheftet war, sah und fühlte man die graublaue Oberfläche mit grösseren und kleineren Tuberkelknötchen übersät; sie sassen ebenso dicht unter der Lungenpleura wie auf dem Durchschnitte des äusserst blutleeren Lungengewebes und an den Bronchien; in beiden Lungenspitzen waren sie besonders gehäuft und viele hatten hier einen starken Stich in's Gelbliche; in der linken Lungenspitze waren einzelne Knötchen erbsengross und in käsiger Entartung begriffen; dagegen konnte keinerlei Cavernenbildung beobachtet werden. — Mehrere Bronchialdrüsen bildeten haselnussgrosse, derbe, schieferblaue, mit kleinsten, verkästen oder bröckeligen Einlagerungen durchsetzte Geschwülste.

Die Leichenöffnung hat mithin den beiden anwesenden Aerzten unzweideutig dargethan, dass der Verlebte nicht an Typhus gelitten hat und an acuter Miliartuberculose, an sogenannter galoppirender Schwindsucht gestorben ist.

Die Differentialdiagnose zwischen beiden Krankheiten ist wegen des bei beiden vorkommenden Ergriffenseins des Allgemeinbefindens und der tiefen Benommenheit des Sensoriums nicht leicht, manchmal schwierig, unter Umständen kaum möglich. Es ist desshalb gegenüber dem behandelnden Arzte kein Vorwurf zu erheben, wenn er bei der Behandlung des schwierigen, aussichtslosen Krankheitsfalles auch an die Möglichkeit eines Typhus dachte und bei der Verwaltungsbehörde diesen Typhusverdacht aussprach; er war gehalten, so zu verfahren, denn entgegengesetzten Falles hätte ihm die Unterlassung der Anzeige gerade so übel angerechnet werden können, wie dem Collegen, welcher jüngst (4. August 1898) im Ä. Z. A. berichtet hat, es sei ihm ein Strafbefehl von 10 M. und auf Einspruch hiegegen Verurtheilung durch das Schöffengericht zu der nämlichen Summe dafür zugegangen, dass er die fieberhafte Erkrankung einer Wöchnerin nicht innert 12 Stunden angezeigt habe, eine Unterlassung, die der Verurtheilte vergebens mit dem Einwande zu begründen suchte, dass im fraglichen Falle damals weder Kindbettfieber noch Kindbettfieberverdächtigkeit anzunehmen gewesen sei.

Dass bei einem Krankheitsfalle, bei welchem auf Grund bestimmter Voraussetzungen eine Reihe privater und öffentlicher Interessen im Spiele waren, kein gangbarer amtlicher Weg die Feststellung des wirklichen Thatbestandes vorzeichnet, dass vielmehr die Beseitigung eines bedeutungsvollen Verdachtes dem zufälligen Zusammentreffen einzelner Umstände überlassen blieb, dürfte ein Fingerzeig sein, wo unsere Medicinalpolizeiverwaltung verbesserungsbedürftig ist. Oder soll des Leichenschauers Wort das letzte Verdikt sein?

Wenn denn doch einmal die Gemeinde oder der Staat im Interesse der Allgemeinheit die sanitären Verhältnisse des Einzelnen überwacht und wenn hiebei der Einzelne sich zum Wohle Aller gewissen Unbequemlichkeiten, die zudem in der Regel in den conciliantesten Formen auftreten, nothwendiger Weise fügen muss, so wäre gewiss auch sachgemässe Belehrung und entscheidende Aufklärung zur rechten Zeit am Platze. — Welch' gründlichere Aufklärung aber könnte in Fällen wie dem vorliegenden allen Betheiligten verschafft werden, als die, welche eine Section bietet?

Es gilt das umsomehr, als im vorliegenden Falle an die Erkenntniss der Tuberculose als Todesursache sich eine Befreiung der Bevölkerung von dem Gefühl der Unsicherheit und zugleich eine Angabe der Mittel und Wege knüpfen konnte, wie die Wittwe und die 5 Waisen vor der Entwicklung der möglicherweise vom Gatten und Vater ererbten Krankheitsanlage u. s. w. zu schützen seien; denn daran ist kaum zu zweifeln, dass bei Ausseracht lassung entsprechender Vorsichtsmaassregeln diese[2]) weit mehr in Gefahr sind, der Lungenschwindsucht zu verfallen, als die ausgezogenen Miethsleute und der geflüchtete Nachbarsjunge in Gefahr waren, an Typhus zu erkranken; denn nicht der Typhus, sondern die Lungenschwindsucht ist der Feind, gegen den aus socialen, wie aus nationalen Gründen ein nachdrücklicher Kampf mit Feuer und Verstand geführt werden muss; sie ist es, die unser deutsches Volk hundertfach vorzeitig der Ernährer beraubt, die aber auch unsere Wehrfähigkeit weit mehr schädigt, als es sein sollte.

Würde von Seiten der Behörden wie seitens der Aerzte das Publicum über die Vortheile belehrt, welche in der Vornahme der Section eines Verstorbenen liegen können, so träten manchesmal an die Stelle nachträglichen marternden Zweifels und unfruchtbaren Grübelns positives Wissen, das zwar nicht für den Verstorbenen, wohl aber für seine Hinterbliebenen und seine Mitmenschen von Nutzen sein würde, wie der vorliegende Fall in mehr als einer Hinsicht deutlich lehrt, so dass der Laie wie der Arzt guten Grund hat, an des Meisters Wort festzuhalten: «Sectio docebit».

Nachtrag.

Nach Fertigstellung vorstehender Mittheilungen erhielt Berichterstatter Einsicht von dem Vortrage des Geh. Medicinalrathes Prof. Dr. Heller in Kiel bei der Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Lübeck 1895 (Vierteljahrschrift für gerichtl. Medicin und öffentl. Sanitätswesen, 3. Folge, XIII, 2) über die «Nothwendigkeit der gesetzlichen Einführung von Verwaltungssectionen». Heller weist darin auf die empfindliche Lücke in unserer Gesetzgebung betreffs der Vornahme von Obductionen hin, bedauert die Beseitigung der in manchen Theilen Deutschlands früher bestandenen besseren Einrichtungen, gedenkt der in Oesterreich noch jetzt bestehenden ex officio-Sectionen und sagt, es genüge durchaus nicht, dass die Todesursache nur da durch eine Section festzustellen sei, wo der Verdacht einer fremden Schuld obwalte, sondern es müsse gefordert werden, die Todesursache auch in solchen Fällen sicher festzustellen, wo dies im öffentlichen Interesse gelegen ist.

Heller deutet sodann die Einzelheiten an, welche ein Gesetzentwurf über Vornahme sog. Verwaltungssectionen zu berücksichtigen hätte; demgemäss sollen u. a. die Polizeibehörden gehalten sein, beim Verdachte auf asiatische Cholera u. s. w., bei allen im Wochenbette sterbenden Ledigen, bei allen unehelichen Kindern die Obduction zu veranlassen, berechtigt hiezu sollen sie sein bei Todesfällen unter zweifelhaften Umständen, bei Todesfällen alleinstehender Personen, bei Selbstentleibung, wofern die Leiche nicht an Anatomien gesendet wird, bei Todesfällen, wo Verdacht auf eine ansteckende Krankheit vorliegt.

Ueber Pestpneumonie.

Von Dr. *C. Schilling*, Assistent am pathologischen Institut München.

Die Wiener Fälle von Pestpneumonie gehören zu den ungeheuer seltenen Beobachtungen über diese Localisation der Seuche.[1]) Desshalb mag es gerechtfertigt sein, hier die einzige uns zugängliche Literaturangabe zu referiren.

Karthaus-Prüll verbrachtes Dienstmädchen, sobald Diarrhoen auftraten, als typhusverdächtig sorgsamst isolirt behandelt wurde, eine Maassregel, welche Verlauf und Sectionsbefund vollkommen rechtfertigten und die wohl auch der überfüllten Anstaltsabtheilung eine Hausepidemie ersparte.

[2]) Die Wittwe erbat dieser Tage (30. X. 1898) wegen «etwas Husten und Druck in der r. Schlüsselbeingegend» ärztlichen Rath!

[1]) Scheube (Die Krankheiten der warmen Länder, 1896) erwähnt, dass nur selten Pneumonie mit entsprechendem Sectionsbefund beobachtet werde.

In dem Heft vom 15. Mai 1897 des British Medical Journal berichtet Childe (Remarks on the occurrence of plague pneumonia) folgendes:

Ein Hindu, 25 Jahre, wurde am 26. XII. 1896 mit Fieber und Husten, welcher seit 7 Tagen bestand, in Bombay im Hospital aufgenommen. Diagnose: Bronchopneumonie. Tod am 28. XII. 1896. Die Section ergab blutig-seröse, nicht eitrige Flüssigkeit in den Bronchien, 3 circumscripte, wallnussgrosse pneumonische Herde in beiden Lungen, secundäre Pleuritis. «Anschoppung» in allen Organen, Bronchialdrüsen erscheinen normal, nur wenige, wie Axillar- und Cervicaldrüsen, sind leicht vergrössert. Aus den pneumonischen Herden und der Milz wurden Pestbacillen in Reincultur gezüchtet; alle Lymphdrüsen, sowie die übrigen Lungenabschnitte, enthielten Pestbacillen in wechselnder Menge.

Childe berichtet von 12 Fällen mit analogem Sectionsbefund. Ferner theilt er die Krankengeschichte eines Dr. M. mit: Schüttelfrost, Fieber, Erbrechen. Temperatur bis 40°, kein pneumonisches, sondern profuses, «serum»-ähnliches Sputum mit leichter Expectoration. Puls bis 135, Respiration bis 45. Keinerlei Drüsenschwellung, im Sputum massenhafte Pestbacillen. Tod nach 4 Tagen. Unter den gleichen Symptomen erkrankte und starb auch die Wärterin des Dr. M. innerhalb 3 Tagen. Auch hier keine Betheiligung der Lymphdrüsen, massenhaft Pestbacillen im Sputum.

Childe schreibt dann wörtlich: Diese Form der Pest ist hochgradig infectiös und spielt wahrscheinlich eine bedeutende Rolle in der Ausbreitung der Seuche; denn in diesen Fällen ist das Sputum des Patienten in Wirklichkeit eine virulente Reincultur des Pestbacillus, und da man Grund hat, anzunehmen, dass viele derartige Fälle überhaupt nicht als Pest erkannt werden, so werden auch von den Angehörigen der Patienten keinerlei Vorsichtsmaassregeln getroffen und die gefährliche Natur der Krankheit wird unterschätzt. Ich kann nicht beurtheilen, wie häufig diese Varietät der Pest während der gegenwärtigen Epidemie vorkam, aber es gibt Anhaltspunkte, welche dafür sprechen, dass eine beträchtliche Anzahl von Fällen vorkam.

Weiterhin ist nicht unwahrscheinlich, dass ein Schiffspassagier, welcher an dieser Pestform leidet, der Entdeckung seitens der Sanitätscontrole entgeht und die Erlaubniss erhält, zu landen, da er an einfacher Pneumonie erkrankt sei. So kann sich ein Herd für die Ausbreitung der Pest bilden.

Childe konnte, ausser einigen Andeutungen, keine bestimmten Beobachtungen über diese Varietät der Pest in der Literatur finden.

Feuilleton.

Der Remscheider Aerztestreik.

Der vor einigen Wochen entstandene und nicht nur in der Fachpresse, sondern auch vielfach in den Tagesblättern mehr oder weniger eingehend besprochene Streik der Aerzte der Allgemeinen Ortskrankencasse in Remscheid betrifft zwar einen nur sehr kleinen Bruchtheil der Gesammtzahl der deutschen Aerzte. Da es sich aber hierbei nicht etwa um eine Honorarfrage handelte, sondern um Principien, welche für den ganzen Stand von der weitesten Bedeutung sind, so dürfte es in mancher Beziehung nützlich und lehrreich sein, an dem historischen Verlauf dieses Kampfes sich die Aetiologie, Prognose und Therapie der Ereignisse vor Augen zu führen.

Die hiesige Allgemeine Ortskrankencasse besteht als solche seit sechs Jahren, indem damals die bis dahin getrennt bestehenden Cassen für Handwerker und für Fabrikarbeiter sich miteinander vereinigten. Seitdem hat sie sich gleichen Schrittes mit dem sonstigen Aufblühen der Stadt erheblich erweitert und zählt jetzt mehr als 9000 Mitglieder. Durch ein möglichst billiges Verschreiben seitens der Aerzte, sowie durch sonst günstige Verhältnisse (allgemein guter Gesundheitszustand, Fehlen von Epidemien, guter Verdienst bei den Arbeitern etc.) ist die Casse allmählich wohlhabend geworden uud hat einen sehr erheblichen Reservefond angesammelt. Man hat in Folge dessen den Mitgliedern einige weitere Vortheile gewährt und auch den Aerzten das Honorar von M. 2.25 auf M. 2.50 pro Jahr und Kopf erhöht. Auch wurde festgesetzt, dass geforderte Nachtbesuche nicht mit in das Pauschquantum eingeschlossen sein, sondern extra nach der ortsüblichen Taxe bezahlt werden sollten. Ob diese Zugeständnisse aus reinem Wohlwollen gegen die Aerzte gemacht wurden, oder ob nicht vielleicht andere Motive und Pläne dabei mitspielten, mag hier unerörtert bleiben; doch kann man sich gewissen Gedanken und Vermuthungen nach dem ferneren Verlauf der Dinge nicht ganz verschliessen. Die den Familienangehörigen gewährte freie ärztliche Behandlung indessen bedeutete trotz der Erhöhung des Honorars auf M. 5 pro Kopf und Jahr einen baaren Ausfall von sicher 5—600 M. jährlich für jeden der betheiligten Collegen.

Nachdem auf solche Weise der Vorstand und dessen Spiritus rector, Dr. Landmann, sich eine gesicherte Position geschaffen hatten, sann man darauf, die Aerzte immer mehr in vollständige Abhängigkeit von der Casse zu bringen. Zunächst wollte man ein Krankenhaus bauen, an welchem drei fixirte Aerzte, ein Oberarzt und zwei Assistenten, unter Verzicht auf Privatpraxis thätig sein sollten. Nach dem vorliegenden Vertragsentwurf wären dieselben gänzlich von dem Wohlwollen des Vorstandes, resp. Dr. Landmann's abhängig gewesen und hätten sich als ganz vorzügliche Werkzeuge erwiesen, sobald es darauf ankam, den anderen Aerzten etwas am Zeuge zu flicken. Aus allerlei Gründen (Platzfrage, Einwendungen der Regierung u. s. w.) zog sich diese Angelegenheit in die Länge, und inzwischen hatte Dr. Landmann seine berühmte Brochure, «Die Lösung der socialen Frage», ausgeheckt, welche in der gesammten Fachpresse eine so vernichtende Abfertigung erfahren hat. Nach alledem war man aber in Aerztekreisen natürlich auf einen mehr oder minder baldigen Kampf vollständig gefasst; doch mussten die weiteren Schritte des Gegners erst abgewartet werden. Und diese liessen nicht lange auf sich warten.

In Barmen war die plötzliche Einführung des Landmann-schen Systems an dem festen Widerstand der dortigen Collegen gescheitert. In Remscheid ging man vorsichtiger zu Werke.

Zunächst wurde unter dem Vorwande der Humanität und auf die dreist ausposaunte Behauptung hin, dass in Deutschland jedes Jahr Tausende von Frauen und Mädchen unberechenbaren Schaden an Leib und Leben litten, weil sie zu zartfühlend wären, sich in die ärztliche Behandlung eines Mannes zu begeben, eine in Zürich approbirte Oesterreicherin mit einem fest garantirten Einkommen von der Casse angestellt. Der Regierungspräsident untersagte dies allerdings als gesetzlich nicht zulässig, indessen hat dies Verbot bisher keinerlei Wirkung hervorgebracht.

Sodann wurde im «Aerztl. Central-Anzeiger» (No. 29, 30 u. 31) folgendermaassen annoncirt:

«Colleg., welche bereit sind, sich ausschliessl. d. Cassenpr. zu widmen (G. 5—6000 M. Fix.) belieb. i. Bewerb. u. M. W. 1574 a. d. Exp. d. A. C.-A. einz.»

Auf diese Annonce liefen, wie versichert wird, einige 60 Anerbietungen ein, und nun ging man mit Volldampf daran, das System der beamteten Cassenärzte so schnell wie möglich durchzudrücken. Um die bisherigen Cassenärzte brauchte man sich in keiner Weise zu kümmern. Es war zwar bei allen möglichen Gelegenheiten immer vom Vorsitzenden viel über das gute Einvernehmen zwischen Casse und Aerzten geredet worden, aber das war jetzt vorbei. Die Aerzte waren auch nicht folgsam gewesen. Man hatte ihnen z. B. den Vorschlag gemacht, um Apothekerkosten zu sparen, einzelne theure Medicamente mit dem Vermerk «ad usum proprium» zu verschreiben, aber ärztlicherseits war dabei von Gegenliebe keine Spur zu finden gewesen. Einen Vertrag hatte man früher zwar geschlossen, denselben aber im Jahre 1896 durch folgendes Schreiben aufgehoben:

«Herrn Dr. . . . . Remscheid.

Zufolge Vorstandsbeschluss vom 15. Februar haben wir den bislang mit Ihnen bestehenden Anstellungsvertrag als Cassenarzt pro 1. Januar 1897 aufgehoben.

Wir haben ferner beschlossen, die Cassenärzte für die Folge von Jahr zu Jahr zu wählen und den verbleibenden Cassenärzten im Monat November von der Wiederwahl Mittheilung zugehen zu lassen.

Den 4. April 1896. Die Allgemeine Ortskrankencasse.
Engelberth, Vorsitzender.»

Auf diese Weise wollte man, wie sich Herr E. äusserte, den Mitgliedern eine gute Behandlung seitens der Aerzte sichern. Dass etwa Letztere sich dagegen auflehnen würden, war nach der Meinung des Vorstands gänzlich ausgeschlossen. «Die Aerzte können jeden Tag kündigen, wenn sie wollen, sie werden sich aber hüten, denn ohne die Casse können sie einfach nicht existiren» Natürlich wurde nachher, als die Aerzte gestreikt hatten, die Sache anders dargestellt. Die Arbeitnehmer traten, ohne die Arbeitgeber des Vorstandes irgendwie zu benachrichtigen, schleunigst zusammen und veröffentlichten ein Flugblatt, unterzeichnet «Der Vorstand der Allgemeinen Ortskrankencasse», in welchem von «frivolem Contractbruch» u. s. w. die Rede war. Nebenbei bemerkt, haben die Arbeitgeber des Vorstands gegen diesen Missbrauch ihres Namens in den Tagesblättern protestirt und ihr Amt niedergelegt. Dass aber thatsächlich von Contractbruch keine Rede sein konnte, geht noch aus Folgendem hervor: Im Mai d. J. war noch ein neuerdings hierher gezogener College auf seinen Antrag hin, «unter denselben Bedingungen wie die anderen Cassenärzte angestellt zu werden», auch laut Anzeige zur Behandlung der Cassenangehörigen «zugelassen». Als er sich an den Rendanten der Casse speciell mit der Frage wandte, wie es denn mit einer etwaigen Kündigung stehe, erhielt er die Antwort: dass allerdings der Vorstand die auf's Jahr angestellten Cassenärzte nicht vor Jahresschluss entlassen könne, «aber Sie, Herr Doctor, können jeden Tag kündigen; wir haben immer Aerzte genug.»

Anstatt nun, wie sonst üblich, im Herbst den Aerzten von der erfolgten Wiederwahl Mittheilung zu machen, wurde dieselbe 10 von uns bereits am 31. August angezeigt, mit dem sonst nicht üblich gewesenen Zusatz, man erwarte binnen 8 Tagen eine Er

klärung über die Annahme der Wahl. 3 Collegen hatten keine Zuschrift erhalten. 2 derselben hatten Differenzen mit der Casse gehabt, und der 3. hatte laut Aussage eines sehr beliebten Curpfuschers 2 chirurgische Fälle ganz falsch diagnosticirt und behandelt, was wohl Grund genug war, ihn ohne Weiteres, natürlich auch ohne ihn etwa selbst zu befragen, abzusetzen. Man wollte eben durchaus zum System der beamteten Cassenärzte, wie wir aus mündlichen und schriftlichen Aeusserungen seitens des Cassenvorstandes wussten, übergehen.

Es wurde desshalb auf den 3. September eine Zusammenkunft der Cassenärzte anberaumt, an die sich eine Besprechung mit sämmtlichen Remscheider Aerzten, die Ortsgruppe Remscheid des Bergischen Aerztevereins, anschloss, und man machte sich klar, dass auf dieses Vorgehen der Casse keine andere Antwort möglich war, als die sofortige allgemeine Demission. Nahmen wir die Wahl für das Jahr 1899 an, so heizten wir einfach auf diese Weise den Ofen, in welchem wir selber gebraten werden sollten und machten der Casse die Einführung ihres Planes leicht und angenehm. Dass die neuen «beamteten Aerzte» viel Zuspruch haben würden, war ja bei einem sanften Druck vom Vorstand aus natürlich zu erwarten, und bei dem ungleichen Wettstreit hätten unabweislich die frei prakticirenden Aerzte zurückstehen müssen. Auf diese Weise hätte man der Einführung des neuen Systems den allergrössten Vorschub geleistet und nicht nur sich selber, sondern auch allen Collegen, denen noch ein ähnlicher Kampf bevorsteht, den grössten Schaden zugefügt. Nicht anders wäre es gewesen, wenn wir, wie uns von Einigen auch zugemutet worden ist, bis Ende des laufenden Jahres weiter fungirt hätten. Denn in diesem Falle konnte der Vorstand in aller Gemächlichkeit für den nöthigen Ersatz sorgen, und andererseits war Vorkehrung getroffen, dass am 1. November bereits ein beamteter Arzt in seine Functionen treten sollte, vielleicht sogar mehrere Eine Nachschrift zum Schreiben vom 31. August besagte nämlich: «Die vom 1. Nov. c. bezw. 1. Januar 1899 mitangestellten beamteten Cassenärzte participiren an dem Jahreshonorar nach Verhältniss der Behandlungsscheine und Einzelleistungen», und Niemand könnte es der Casse verwehren, so viele Aerzte anzustellen, als es ihr gerade beliebte.

Kurz, es blieb uns nur die Wahl zwischen kläglichem Nachgeben einerseits und sofortigem Streik anderseits. Hiebei braucht kaum erst hervorgehoben zu werden, dass wir die ärztliche Behandlung der Kranken keinen Augenblick verweigerten, wenigstens bis der Vorstand officiell erklärte, dass wir überflüssig seien, dass man über genügende ärztliche Hilfe an den neuen beamteten Aerzten verfüge. Wir haben unsere Patienten in der Zwischenzeit einfach als Privatärzte, nicht als Cassenärzte behandelt. Die neu hinzugezogenen Aerzte Dres Loer, Mitter, Müller, Stammreich, Steding und Woltmann, letzterer als Vertreter des zum 1. November engagirten Dr. Wolf, sowie Dr. Streppel, der sich auf die feindliche Seite gestellt hat, sie können sich auf die Dauer nicht verhehlen, dass sie durch ihr Handeln ihrem eigenen Stande eine schwere Schädigung materiell nicht minder als in ethischer Beziehung zugefügt haben. Im Uebrigen bleibt noch abzuwarten, ob die Mitglieder der Casse sich mit dieser Wendung der Dinge endgiltig zufrieden geben werden, oder ob sie durch zahlreiches Austreten und Gründung von neuen Cassen eine Aenderung herbeiführen wollen.

Dies also im Allgemeinen der historische Verlauf des Streiks der Remscheider Kassenärzte. Die Ursachen der ganzen Bewegung liegen klar genug zu Tage und brauchen bloss aufgezählt zu werden. Auf der einen Seite haben wir den absoluten Mangel an ärztlichem Standesdisciplin, auf der anderen das unaufhörliche Wühlen der Socialdemokratie, die ihre Macht auf alle Gebiete immer weiter auszudehnen bemüht ist. Dass die Anstellung von sogen. beamteten Cassenärzten, welche unter Verzicht auf Privatpraxis bloss für die Mitglieder der jeweiligen Casse functioniren sollen, dass dies System der auf's strengste beschränkten Aerztewahl den Patienten weder angenehm noch dienlich sein wird, kann mit gutem Gewissen keiner, der sich die Sache im Mindesten klar gemacht hat, auch nur einen Augenblick bestreiten wollen. Thatsächlich kommt es für einen solchen medicinischen Cassendiener für sein persönliches Fortkommen weniger darauf an, die ihm anvertrauten Kranken möglichst erfolgreich zu behandeln als vielmehr die Mitglieder des Vorstands sich geneigt zu machen. Von welch' entsetzlicher Urtheilslosigkeit in medicinischen Fragen aber die meisten dieser Vorstandsmitglieder beseelt sind, davon hat man schon Beispiele in Hülle und Fülle gesehen. Von Berufsfreudigkeit kann da schliesslich keine Rede sein.

Und hiemit ist zugleich die prognostische Seite des Themas berührt. Es gehört ja gar kein Seherblick dazu, um vorauszusagen, dass dies Beispiel Nachahmung finden wird. Falls dann der Verlauf immer wieder der gleiche ist wie in Remscheid, wird es bald eine vollständig unüberbrückbare Scheidung der deutschen Aerzteschaft in Privatärzte und Cassenärzte, erste und zweite Güte, geben. Natürlich würden letztere bei den gebildeten Classen gesellschaftlich unmöglich sein, und schon das würde dem sonstigen Ansehen des ganzen Standes nicht dienlich sein, was des Weiteren auch den Kranken im Allgemeinen nur zum Nachtheil gereichen würde. Dass die Leistungen der jeweiligen Cassenärzte in Zukunft praktisch und wissenschaftlich einen Fortschritt gegen jetzt aufweisen könnten, ist absolut undenkbar und geradezu unmöglich gemacht.

Schliesslich aber sollte man doch nicht leichthin darüber weggehen, dass dies neue System für viele, viele ältere Collegen die kaltblütige Zerstörung ihrer oft erst mit schwerer Mühe errungenen Existenz bedeutet.

Zur Gegenwehr gibt es freilich nur das eine Mittel: Der feste Zusammenschluss aller Collegen zur energischen Wahrung ihrer gemeinsamen wohlbegründeten Interessen, welche zugleich indirect diejenigen ihrer Clienten sind. Auf eine Aenderung der Gesetzgebung, welche s. Z. den Arbeitern mit ihrer $^2/_3$ Majorität in den Cassenvorständen schon das Heft zur Ausbeutung des Aerztestandes in die Hand gab, ist wohl für's erste nicht zu hoffen. Es bedarf eines festen Auftretens des ärztlichen Standes im Ganzen. Ob nun dieses unentbehrliche Zusammengehen der Collegen durch eine anzustrebende weitere Ausdehnung der freiwilligen Vereinigung oder durch gesetzlich festzulegende Ehrengerichte und Standesordnungen herbeigeführt werden soll — das Eine ist klar, dass es auf die bisherige Art und Weise nicht weiter gehen kann und darf, und wir hegen das gute Vertrauen zu unseren berufenen Standesvertretern in den Aerztekammern, dass sie in möglichst kurzer Zeit geeignete Maassregeln ergreifen werden, um dem drohenden Unheil zu begegnen. Philippi.

Referate und Bücheranzeigen.

Prof. Dr. **Karl v. Bardeleben: Handbuch der Anatomie des Menschen** in acht Bänden. Jena, Verlag von Gustav Fischer.

Von v. Bardeleben's Handbuch sind, seit zum ersten Male über das Unternehmen referirt wurde, drei neue Lieferungen erschienen, nämlich:

Lieferung 4 aus dem VII. Band «Harn- und Geschlechtsorgane» eine weitere Abhandlung:

Prof. Dr. **M. Holl**-Graz: **Die Muskeln und Fascien des Beckenausganges.** Mit 34 Orig.-Abbild. pag. 162—300. 1897. Preis 3.60 Mk., auch einzeln, dann 5 Mk.

Lieferung 5 und 6 aus dem V. Band «Sinnesorgane» zwei Abtheilungen:

1) weil. Prof. Dr. **A. v. Brunn**-Rostock: **Haut (Integumentum commune).** Mit 117 theilweise farbigen Abbild. im Text. pag. 1—169. 1897. Preis 4 Mk., auch einzeln, dann 5 Mk.

2) Prof. Dr. **G. Schwalbe**-Strassburg: **Das äussere Ohr.** Mit 35 theilw. farb. Abbild. im Text. pag. 110—192 und (in derselben Lieferung):

Prof. Dr. **F. Siebenmann**-Basel: **Mittelohr und Labyrinth.** Mit 66 theilw. farb. Abbild. im Text. pag. 193—324. 1898. Preis 7 Mk., im Einzelverkauf 9 Mk.

Eine nicht üble Vorstellung davon, wie weitschichtig die anatomische Literatur mit der Zeit geworden ist, gibt das Literaturverzeichniss v. Brunn's in seiner Abhandlung über die «Haut»; dort werden beiläufig über 400 Schriften aufgerechnet. Dieser Autor gibt eine gut durchgearbeitete, zusammenfassende Darstellung, welcher fast überall auch eigene Untersuchungen zu Grunde liegen. Manche Theile sind stärker detaillirt (z. B. das Capitel über die Nägel und die Haare), und nur Weniges ist zu kurz gekommen, wie z. B. die Pacini'schen Körperchen, über deren histologische Constitution kaum etwas gesagt wird. Der Herr Verfasser hat sich offenbar dahin entschieden, die Anthropologie als nicht in den Bereich seiner Aufgabe fallend, anzusehen, und so hat er diese ganz ausser dem Spiele gelassen.

Schwalbe dagegen hat in seiner vorzüglichen Arbeit über «das äussere Ohr» die Anthropologie vollständig berücksichtigt. Diese Abhandlung ist ein ausgezeichnetes Muster für die monographische Form der wissenschaftlichen Darstellung. Der Stoff ist nach allen Richtungen hin gleichmässig ausgearbeitet: Die Morphologie und Systematik, die vergleichende Anatomie, Entwickelungsgeschichte, Mikroskopie, Topographie, Anthropologie und Varietätenstatistik kommen gleicher Weise zu ihrem Rechte. Der Herr Verfasser hat offenbar zeigen wollen, wie man vorgehen soll, um auf dem Gebiete der Anatomie das wissenschaftliche Gesammtbild eines Organs zu entwerfen; und dies ist ihm in seiner wohlbekannten gründlichen und gediegenen Art in bester Weise gelungen.

Beim Capitel «Mittelohr» entwickelt Siebenmann einen ungemeinen Reichthum an technischem Können und Kenntnissen.

Die ganze Darstellung beruht auf eingehenden eigenen Untersuchungen und wird durch viele schöne Abbildungen illustrirt. Dagegen ist das «innere Ohr» offenbar ein wenig zu kurz gekommen. Der Herr Verfasser hätte auch bedenken sollen, dass trotz seiner prachtvollen Bilder, betreffend die Labyrinthgefässe, eine Illustration des Corti'schen Organes für das grosse Publicum wichtiger gewesen wäre.

Holl hat seine Aufgabe («die Muskeln und Fascien des Beckenausganges») von der vergleichend-anatomischen Seite her angefasst, ohne deren Berücksichtigung man wohl auch gar nicht hätte durchkommen können. Seine Abhandlung ist eine tüchtige Specialarbeit geworden, die sich allerdings vielfach in Einzelheiten verliert (30 Seiten über den M. levator ani!). Ein mehr summarisches Verfahren hätte vielleicht der Sache nicht geschadet.

Ein Ueberblick über die neu vorliegenden Lieferungen zeigt, dass sie von dem Herrn Verleger glänzend ausgestattet worden sind; bei glücklicher Durchführung des figurenreichen Werkes können Dank und Anerkennung weiter Kreise nicht ausbleiben.

M. Heidenhain.

A. A. Böhm, Prosector, und **M. v. Davidoff**, vormals Assistent am Anatomischen Institute zu München: **Lehrbuch der Histologie des Menschen einschliesslich der mikroskopischen Technik.** Zweite umgearbeitete Auflage. Mit 251 Abbildungen. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1898.

Wir haben dies Buch bei seinem ersten Erscheinen warm empfohlen. Das Buch ist in wissenschaftlicher Hinsicht tüchtig, mit recht guten Abbildungen versehen und ausnehmend schön gedruckt. Die Lectüre wirkt entschieden anregend, man spürt den naturwissenschaftlich gebildeten Geist der Herren Verfasser. Da ein gutes Literaturverzeichniss vorhanden ist, so ist an der Hand der technischen Rathschläge Jedem Gelegenheit gegeben, sich auf der gebotenen Basis weiter fortzubilden. Die neue Auflage ist auf die derzeitige Höhe des wissenschaftlichen Fortschrittes gebracht und mit einer Reihe neuer Abbildungen versehen worden. Wir empfehlen das Werk auf's Neue und glauben, dass es sich einen dauernden Platz in unserer Literatur bereits erobert hat.

M. Heidenhain.

K. Brunner: Erfahrungen und Studien über Wundinfection und Wundbehandlung. II. Theil: **Ueber den Keimgehalt und Heilverlauf accidenteller Wunden. Aseptik oder Antiseptik?** Frauenfeld, Verlag von J. Huber, 1898. Preis 3,20 M.

Nachdem ich bereits in No. 33 dieser Wochenschrift über den 1. Theil der sehr gründlichen Untersuchungen, über den Keimgehalt und Heilverlauf aseptisch angelegter Wunden referirt habe, habe ich nun über den II. Theil, die Untersuchungen über accidentell entstandene Wunden, zu berichten.

1. Bei der primären Untersuchung von 41 Fällen, die noch nicht von Samariterhand oder von einem Arzt antiseptisch verbunden worden waren, waren nur 4 mal die Wunden keimfrei, in den kleinsten Blutgerinnseln, welche die Oberfläche der zufällig entstandenen Wunden bedecken, waren schon wenig Minuten nach der Verletzung Hunderte von Keimen vorhanden, insbesondere bei den Kopfwunden in Folge der Verunreinigung durch die Haare. Bei den Wunden, die nicht sofort nach der Verletzung zur Untersuchung gelangten, war die Menge der Keime eine noch wesentlich grössere. In grösserer Menge und fast constant fanden sich Coccen der Species des Staphylococcus pyog. alb., daneben auch andere Eitercoccen, selbst diphtherieähnliche Bacillen, dann auch nicht pathogene Saprophyten. Die Virulenz der Keime muss als eine schwache bezeichnet werden, wie ausgedehnte Thierversuche zeigten. Der Befund der verschiedenen Arten ist ebenso wie die Zahl der Keime abhängig von der Localisation. Die Bacterien stammen von der Hautoberfläche oder wenn die Wunde in der Nähe von stark bacterienhaltenden Körperhöhlen sich befinden, von diesen oder den die Haut bedeckenden Kleidungsstücken. Durch aseptische Irrigation mit physiologischer Kochsalzlösung gelang es regelmässig, die Keimzahl bedeutend zu vermindern; auch durch antiseptische Berieselung mit 1 prom. Sublimatlösung wird nur eine wesentliche Abnahme der Keime erzielt, kein Schwinden. Die Anzahl der Keime nahm nach der aseptischen Irrigation, z. B. nach 24 Stunden, wieder wesentlich zu. Trotz der reichlichen Anwesenheit von Bacterien waren unter 66 Fällen nur 3 mit klinischen Infectionserscheinungen. Antiseptische und aseptische Irrigation waren von demselben guten Resultate begleitet; der Haupteffect besteht in der mechanischen Reinigung, in der Entfernung der Blutgerinnsel.

2. In der 2. Gruppe, wo ein Nothverband angelegt worden war, fanden sich unter 62, unmittelbar nach Wegnahme des Nothverbandes ausgeführten Untersuchungen 13 mal keine Bacterien; mit der Länge der Zeit, nach welcher die Untersuchung ausgeführt wurde, wuchs die Menge der Keime. Die Arten waren ähnlich wie in der 1. Gruppe, ebenso Virulenz. Von den 62 Fällen heilten 10 mit ausgesprochenen Zeichen von Infection. Der Nothverband ist nicht werthlos; wenn er auch die primär eingedrungenen Pilze nicht zu vernichten im Stande ist, kann er doch die Wunde vor secundärer, gefährlicherer Infection schützen. Die aseptische Behandlung kann bei frischen Verletzungen völlig den Zweck erfüllen; bei schweren, complicirteren Verwundungen, bei denen das Trauma eine intensivere Schädigung der Gewebe gesetzt hat, muss an Stelle der aseptischen die antiseptische Tamponade treten, d. h. alle Verletzungen, die offen behandelt werden, sollen antiseptisch tamponirt werden.

3. 119 Wunden, die zur Zeit, als sie in Behandlung kamen, klinische Zeichen von Infection darboten, wiesen sämmtlich eine sehr grosse Menge Keime auf, so dass sicher eine mächtige Vermehrung derselben in den Wunden stattgefunden haben muss, meist waren sie unzählbar. In 41 Fällen fand sich nur eine Art von Bacterien, Staphylococcen oder Streptococcen oder auch Bact. coli commune; in 51 Fällen fanden sich 2—3 Arten, vorwiegend verschiedene Staphylococcen und Streptococcen. In Bezug auf die Therapie kommt Verfasser zu dem Schluss, dass man mit der antiseptischen Behandlung in vielen Fällen noch Erfolge erzielen kann, wo die aseptische Behandlung nichts mehr ausrichten kann, ein Standpunkt, zu dem die meisten Forscher, deren Arbeiten er resumirt, ebenfalls gelangt sind. Als Resumé aus den Untersuchungen über die inficirten Wunden ergibt sich: 1. Bei Wundinfectionen mit schon ausgesprochenen Erscheinungen hat die Irrigation allein mit antiseptischen Lösungen keinen Erfolg zu erwarten, ausser dem, dass dadurch wie bei aseptischer Spülung angesammeltes, giftiges, mikrobenreiches Secret weggeschafft wird. 2. Nur vom dauernden Contact bestimmter Antiseptica, deren antiparasitäre Kraft in den Geweben nicht paralysirt wird, wie Jodoform, Airol, kann eine entwicklunghemmende Wirkung auf die Oberfläche der Gewebe und die im Secret wuchernden Pilze angenommen werden, ein solcher Effect macht sich zweifellos an Oberflächenwunden geltend. 3. Klinisch und experimentell ist von Neuem die längst anerkannte Thatsache erhärtet, dass wir bei entwickelten Phlegmonen das von Mikroben durchwachsene Gewebe nicht desinficiren können, dass aber die Spaltung inficirten und infiltrirten Gewebes ein heilsamer Factor ist. Der Grund für die Zweckmässigkeit dieser Maassregel ist längst in der Schaffung günstiger Bedingungen für freien Secretabfluss erkannt worden. Alle Maassnahmen, welche die Elimination des Secretes hemmen, befördern die Resorption der giftigen Bacterienproducte und begünstigen die Propagation der Infectionserreger; daher ist dem feuchten Verband gegenüber dem trockenen, weil leicht Retention bewirkend, der Vorzug zu geben.

In einem Schlussabschnitt über das Fieber bei accidentellen Wunden ist hervorzuheben, dass auch hier bei den aseptisch heilenden Verwundungen weitaus in den meisten Fällen eine Elevation der Temperaturcurve über das normale Niveau eintritt.

Dr. Paul Ziegler-München.

Neueste Journalliteratur.

Beiträge zur klinischen Chirurgie. Red. von P. Bruns. XXII. Band, 2. Heft. Tübingen, Laupp 1898.

Aus der Tübinger Klinik schreibt B. Honsell zunächst über **traumat. Exostosen** und theilt 3 betr. Fälle mit; er bespricht besonders den Einfluss von Traumen betr. Entstehung solcher Tumoren, die zuweilen ungemein grosse Wachsthumsenergie zeigen.

Aus der gleichen Klinik berichtet O. Hahn **über die Resultate der nach dem Bruns'schen subperiostalen Verfahren ausgeführten Unterschenkelamputationen.**

Gestützt auf nunmehr 81 Fälle bespricht H. die Vorzüge des Bruns'schen subperiostalen Verfahrens und bezeichnet, da auch Lappengangraen nur 3mal und lediglich durch das Grundleiden bedingt vorkam, das functionelle Resultat der ausnahmslos geheilten Fälle ein sehr günstiges war, die Technik des Verfahrens als eine einfache und günstige Wundverhältnisse schaffende und hält das neuerlich von Bier empfohlene Verfahren für entbehrlich.

Aus dem Hamburger Krankenhaus berichtet H. Graff **über die Behandlung penetrirender Schädelschussverletzungen** und schildert in Gruppen das reiche betr. Material; die primäre Trepanation bei penetrirenden Schädelschüssen ist nach G. im Allgemeinen überflüssig und zwecklos, für die Fälle, in denen sich in Folge der Verletzung acutes Hirnoedem einstellt, empfiehlt er, die Lumbalpunction zu versuchen. Nur bei profusen Blutungen aus der Einschussöffnung oder wenn die Kugel ganz oberflächlich sitzt, also leicht zu entfernen ist, ist die Trepanation indicirt; im Allgemeinen gibt die einfache exspect. Methode mit antiseptischem Occlusivverband die besten Resultate.

Aus der Züricher Klinik gibt Krönlein einen **Beitrag zur kraniocerebralen Topographie,** in dem er, anschliessend an die Arbeiten und die Abbildungen von Froriep, die für den Chirurgen wichtigsten Ergebnisse derselben hervorhebt und eine Formel zur cerebralen Ortsbestimmung, spec. der Theilungsstelle der Fissura Sylvii, des Sulcus centralis, der Stellen für die Aufsuchung der Haematome der Art. meningea media, die Bergmann'sche Resectionsstelle zur Aufsuchung otitischer Abscesse etc. aufstellt, indem er von der Grundlinie Obrorbitallinie ausgeht und eine obere Horizontale (Lin. supraorbit.), eine vordere (zygomatica), mittlere (articularis) und hintere (retromastoidea) Verticallinie zur Ortsbestimmung verwerthet, daneben eine Linea Rolandi und Linea Sylvii (obliqua), die er in den Abbildungen der Froriep'schen Tafeln zur Anschauung bringt.

Aus dem Augustaspital zu Berlin gibt W. Weber eine Mittheilung zur **Casuistik der Ectopia ventriculi,** in der er im Anschluss an einen betr. Fall von cyst. Geschwulst am Nabel bei 3jähr. Knaben, bei dem bei der Operation eine Verbindung durch einen Stiel mit der hinteren Fläche der Leber sich fand, die Aehnlichkeit derartiger Fälle mit Dottergangscysten etc. hervorhebt und die verschiedenen Theorien zur Erklärung derartiger Ectopien bespricht.

Aus der Strassburger Klinik gibt Sitzenfrey einen **Beitrag zur Lehre von den Lipomen des Samenstrangs** im Anschluss an 2 betr. Fälle.

Aus der Bologneser chir. Klinik liefert Bozzi einen **Beitrag zur Kenntniss der auf dem Boden der Psoriasis entstehenden Zungencarcinome,** deren histologische Details unter Beigabe entsprechender Abbildungen näher angeführt werden.

Aus der Prager Klinik gibt Steiner den Schluss seiner Arbeit über **Myome des Magendarmcanales,** in der er die Behandlung dieser Geschwülste, die Anfangs nur Symptome der Zerrung und Verengerung hervorrufen, später Compressionserscheinungen (am bedeutendsten bei Geschwülsten des Mastdarms) schildert, alle führen, wenn sie wachsen, zum Tode; von den 24 wegen Myomen vorgenommenen Operationen wurde am häufigsten (6mal) Enucleation äusserer Myome, mit oder ohne Eröffnung des Darms, und circuläre Resection des Darms (6mal) ausgeführt, Wandresection des Magens (3mal), bei inneren gestielten Myomen kann Gastrotomie, Excision des Stiels und nachherige Gastrorrhaphie in Frage kommen.

Aus der Baseler Klinik berichtet J. Troller über **Stichcanalinfectionen bei Hautnähten und ihre Beziehungen zur Art des Nahtmaterials** und theilt die Resultate seiner diesbezüglichen Untersuchungen mit, besonders die extracutan gelegene Halbschlinge wird häufig mit Keimen verunreinigt und wurden besonders Staphylococcus alb. und Mikr. tetragenus gefunden, seltener Staphylococcus pyog. aur., Streptococcus pyogenes. Das günstigste Resultat wurde durch antiseptische Pulververbände nach gründlicher Desinfection der Haut erzielt; bei nur mechanischer Reinigung und sterilem Verband waren 27 Proc., bei antiseptischer Reinigung und antiseptischen Verbänden 60 Proc. der subcutan gelegenen Schlingenhälften steril. Der Aluminiumbroncedraht lässt, was die Sterilität der Nahtschlingen betrifft, Seide und Catgut weit hinter sich. Bei Anwendung chemischer Desinfectionsmittel bleiben 78,9 Proc. der extrapercutanen Schlingenabschnitte steril, in 89,4 Proc. die subcutanen Schlingenhälften (letztere bei Seide nur 55,5, bei Catgut nur 37,5 Proc.).

Die grosse Mehrzahl der Keime an Fadenschlingen stammt nach Fr. von der Haut, von den keimhaltigen subcutan gelegenen Halbschlingen rufen etwas mehr als die Hälfte manifeste Stichcanalinfectionen hervor.

Aus der Tübinger Klinik berichtet S. Preyss: **Ueber die Operation der diffusen Lipome des Halses** und fügt den von Madelung zusammengestellten 33 Beobachtungen 24 aus späterer Literatur 4 der Bruns'schen Klinik hinzu. Die Erkrankung ist im Allgemeinen selten, kommt meist zwischen 30.—40. Lebensjahr vor, die Entwicklung ist in der Regel langsam fortschreitend, doch trat öfters ohne bekannte Ursache rascheres Wachsthum auf, die Operation ist oft schwierieg und langwierig, ist aber durch Entstellung und besonders durch Dysphagie und Athembeschwerden indicirt.

L. Froriep berichtet aus der gleichen Klinik: **Ueber Verblutung nach Verletzung einer Intercostalarterie** im Anschluss an einen betr. Fall (Stichwunde), in dem die Blutung alleinige Todesursache war und stellt 12 Stichverletzungen und 17 Schussverletzungen (bei denen meist secundäre Blutungen gefährlich wurden) zusammen. Bei allen Verletzungen des Thorax, bei denen eine Verletzung der Intercostalarterie in Betracht kommen kann, soll man, auch wenn keine Blutung darauf hinweist, die Wunde event. erweitern, die Arterie aufsuchen und in loco unterbinden, um die Aspirationswirkung der Pleurahöhle auszuschalten, eine Pleuranaht machen.

B. Honsell gibt aus der gleichen Klinik einen **Beitrag zur Kenntniss der diffusen syphilitischen Muskelentzündung,** deren Literatur im Anschluss an 2 Fälle der Bruns'schen Klinik eingehend besprochen wird.

Küttner bespricht die **Struma syphilitica,** theilt 2 Fälle der Tübinger Klinik näher mit und kommt zu dem Schluss, dass die Gummabildung nicht an strumöse Schilddrüsen gebunden ist und nicht immer zu einer sichtbaren Vergrösserung der Thyreoidea zu führen braucht, dass selbe bei hereditärer und erworbener Lues auftreten kann; wegen Drüsenanschwellung etc. kann sie leicht zur Verwechslung mit Struma maligna führen.

Aus der Innsbrucker Klinik berichtet Lotheissen **(zur Behandlung der tabischen Hüftgelenkserkrankung)** über einen Fall tabetischer Hüftaffection bei 34jähr. Person, bei der Arthrotomie und antiseptische Tamponade günstiges Resultat herbeiführten, im Anschluss daran werden die operativen Eingriffe bei tabetischen Gelenkaffectionen kurz besprochen. Schr.

Centralblatt für Chirurgie. 1898. No. 42.

Th. Kölliker: **Ueber die Behandlung der congenitalen Hüftluxation mit der unblutigen Reposition.**

K. theilt seine Resultate mit dem nach Lorenz ausgeführten Verfahren dahingehend mit, dass er unter 38 Fällen (von denen sich das vorläufige Ergebniss feststellen lässt) 2 Heilungen, 25 Transpositionen, 11 Misserfolge constatirt.

Die Transposition des Schenkelkopfs in die Pfannengegend (der Lux. congenita supracondyl. entsprechend), stellt nach K. immer noch ein besseres Resultat dar, als durch die blutige Operation zu erzielen ist, da Verlängerung der Extremität, besserer Gang, Verminderung der stat. Skoliose und Beckenneigung, somit Wegfall der compensirenden Lendenlordose erreicht werde. Als Nachtheil der Transposition erwähnt K., dass die Beweglichkeit des Hüftgelenkes in vielen Fällen leidet (besonders Abduction und Innenrotation). Schr.

Centralblatt für Gynäkologie, 1898, No. 43.

1) H. Fehling: **Ein viertheiliger Kranioklast (Kephalothrypt-helktor.**

F. hat einen neuen Kranioklast construirt, der die Vortheile des Auvard'schen und Zweifel'schen Instrumentes in sich vereinigen und gewisse Nachtheile derselben vermeiden will. Die Beschreibung ist ohne Abbildung nicht gut verständlich. Wir verweisen desshalb auf das Original und bemerken nur noch, dass das Instrument von Alexander Schädel in Leipzig hergestellt ist.

2) Arthur Mueller-München: **Die Behandlung des Uterus gravidus incarceratus mit dem elastischen Ballon.**

M. hat im Jahre 1897 die in der Ueberschrift genannte Behandlungsmethode der Incarceratio uteri gravidi empfohlen (cf. diese Wochenschr. 1897, No. 42) und kommt von Neuem darauf zurück. Er citirt einen Fall eines im 3. Monat incarcerirten Uterus, den er durch manuelle Reposition, und einen Fall partieller Retroflexio uteri incarcerati im 4.—5. Monat, den er durch die Ballontamponade der Vagina heilte. Dieselbe soll auch im Stande sein, durch eine Art Dauermassage etwaige Verwachsungen zu lösen. Sie soll versucht werden, ehe man zum Eihautstich oder zur Lösung per laparotomiam schreitet. Jaffé-Hamburg.

Jahrbuch für Kinderheilkunde. 1898, Bd. 48, 2. u. 3. Heft.

W. Freund: **Chlor und Stickstoff im Säuglingsorganismus.** (Aus der Kinderklinik zu Breslau.)

Im Anschluss an die einschlägige Literatur untersucht F. zunächst die 24stündige Chlorausscheidung im Säuglingsurin, ohne besondere Resultate. Sodann folgt eine Bestimmung des Cl- und N-Stoffwechsels aus dem Urin und den Faeces Die Methode der Gewinnung des Urins und Kothes ist gegen die früher in Breslau geübte bedeutend verbessert. Betreffs der Ergebnisse muss auf das Original verwiesen werden. Eine gute Literaturangabe findet sich am Schluss des Aufsatzes.

Bendix: **Zur Frage der Ammoniakausscheidung durch den Harn bei magendarmkranken Säuglingen.** (Aus der Universitätsklinik zu Berlin.)

Die bei den bisherigen Methoden der Harngewinnung wohl selten fehlende alkalische Gährung des Harns macht B. mit Recht für die hohen NH_3 Werthe verantwortlich, auf welche sich zum Theil die Czerny'sche Säurevergiftungstheorie stützt. Bei der

Untersuchung frischen Harns ergibt sich, dass sein Ammoniakgehalt zehnfach und mehr hinter demjenigen des im Recipienten aufgefangenen zurückbleibt. In Anbetracht der hohen Werthe Keller's fordert B. desshalb den Nachweis, dass sie auch für den sterilen, sofort untersuchten Harn des magendarmkranken Säuglings gelten und dass als ihre Ursache entweder eine Vermehrung der anorganischen Säuren oder eine Steigerung der NH_3-Werthe durch eine unverbrannt ausgeschiedene organische Säure — wie beim Diabetes — nachgewiesen wird. (Damit dürfte der Streit betreffs der Säurevergiftungstheorie in eine neue interessante Phase übergeleitet sein. Sollte nicht schliesslich eine Combination der Theorien Escherich und Czerny, eine durch septische Infection bedingte Oxydationsanomalie des magendarmkranken Säuglings zur Wahrheit führen? Ref.)

A. Steffen: **Ueber postmortale Temperatur.**

In dem ersten Theil wird die Physiologie der Wärmebildung und -Regulirung mit eingehender Berücksichtigung der Literatur abgehandelt. Zahlreiche klinische Beispiele werden zur Illustration der auf experimentellem Wege gefundenen Sätze über den Einfluss der Verletzungen des Corpus striatum, des verlängerten Markes und Halsmarkes auf die Wärmebildung herbeigezogen. Sodann bespricht St. den Einfluss verschiedener Krankheiten auf die postmortale Wärmeentwicklung, wie er speciell für die Tuberculose klinisch und experimentell bewiesen ist. Auf Grund seiner reichen eigenen Erfahrung behandelt V. dann die verschiedenen Factoren, wie agonale Temperatursteigerung und -Herabsetzung, Krämpfe u. s. w., welche für die postmortalen Temperaturveränderungen verantwortlich gemacht werden und kommt zu dem Schluss, dass bei seinen Beobachtungen in allen Fällen einer postmortalen Steigerung bei Diphtherie schon eine beträchtliche agonale vorausging, die aber bei andern Erkrankungen fehlen kann. Besonders die Erkrankungen des Gehirns und seiner Häute, sowie Tuberculose, mehr noch die Combination beider, führen zu den ausserdem bei Diphtherie relativ oft, bei anderen Krankheiten selten beobachteten postmortalen Temperatursteigerungen.

L. Roemheld: **Ueber den Abdominaltyphus in den verschiedenen Altersperioden der Kinder.** (Aus der Universitäts-Kinderklinik zu Heidelberg.)

Nach einer Erörterung der Statistik und Symptomatologie des Typhus im Kindesalter an der Hand von 117 Fällen der Heidelberger Klinik mit einer Mortalität von 9,4 Proc. werden die Complicationen kurz behandelt. Die im Kindesalter so häufige und gefährliche Diphtherie fehlte in Heidelberg. Sodann stellt Verfasser 3 verschiedene Krankheitstypen für die Altersstufen 1.—3., 4.—7., 8.—14. Lebensjahr auf. Der erste, der Säuglingstypus, verläuft unter dem Bilde einer Blutinfection durch Typhusbacillen bei schlechter Prognose. Blutuntersuchungen intra vitam stehen zum Beweise noch aus. Die zweite Gruppe wird durch einen sehr milden Verlauf ohne nervöse Störungen, bei nur geringer anatomischer Darmläsion und guter Prognose charakterisirt, während der 3. Typus, die ältereren Kinder betreffend, mehr und mehr dem des Erwachsenen sich nähert und nach R. eine schlechtere Prognose gibt als der Typhus im 4.—8. Lebensjahr.

v. Holwede: **Eine Epidemie von hysterischen Zufällen in einer Bürgerschule zu Braunschweig.**

Eine Epidemie von Hysterie, welche sehr an die im Spätsommer 1891 bis October 1892 in Basel ebenfalls an der Mädchenschule beobachtete erinnert.

A. Kissel-Moskau: **Ueber infectiösen Ikterus bei Kindern.**

Zu kurzem Referat ungeeignet. Aus den angeführten Gründen einen «Ikterus infectiosus» von dem bei infectiösen wie nicht infectiösen Erkrankungen des Digestionstractus so häufigen Ikterus abtrennen zu wollen, dürfte vorläufig noch kaum möglich sein.

S. Weiss: **Schädel- und Rippenfracturen eines 3 Wochen alten Kindes, entstanden vor, während oder nach der Geburt?** (Aus dem Carolinen-Kinderspital in Wien.)

Die Ursache der auch in anderen Fällen beobachteten, zuweilen so ausserordentlich zahlreichen Fracturen, bleibt unermittelt. Forensisch interessanter Fall.

K. Preisich: **Zur Bacteriologie der Diphtherie und über Mischinfection.** (Aus dem Stephanie-Kinderspital in Pest.)

Erfahrungen des Verfassers auf diesem Gebiete.

Kleinere Mittheilungen:

1. Nic. Behrend-Pest: **Xeroformbehandlung bei Hautkrankheiten der Kinder.**

2. Toeplitz: **Zur Casuistik der operativ geheilten Darminvagination.**

3. W. Steffen: **Bleibende Mitralinsufficienz nach Diphtheritis.**

Analecten. Siegert-Strassburg.

Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 30. Band, 2. Heft. A. Hirschwald, Berlin.

1) Vorster: **Beitrag zur Kenntniss der optischen und tactilen Aphasie.** (Irrenanstalt Stefansfeld.)

Bei einer 74jährigen Frau entwickelte sich eine rechtsseitige Hemiparese und Hemianaesthesie, rechtsseitige Hemiopie, verbale Alexie, Agraphie, optische und tactile Aphasie. Sprachverständniss und Sprachbildung ungestört. Psychischer Verfall. Bei der Section fand sich ein ausgedehnter Erweichungsherd im linken Occipitallappen, ferner im Pulvinar und Gyrus marginalis, Degeneration im entsprechenden Marklager und Balken.

2) Boedeker und Juliusburger: **Casuistischer Beitrag zur Kenntniss der anatomischen Befunde bei spinaler Erkrankung mit progressiver Anaemie.** (Irrenanstalt Herzberge.) Mit 1 Tafel.

Die Verfasser berichten über zwei hieher gehörige Fälle, bei denen insbesondere sehr sorgfältig die mikroskopische Untersuchung ausgeführt wurde. Nach Auffassung der Verfasser handelt es sich in den fraglichen Fällen um einen in kleinen Herden aufschiessenden acuten myelitischen Process, der in seiner Ausdehnung in enger Beziehung zur Gefässvertheilung steht und bei weiterer Ausbildung ganze Stranggebiete ergreifen kann.

3) Zingerle: **Ueber die Bedeutung des Balkenmangels im menschlichen Grosshirn.** (Nervenklinik Graz.) Mit 1 Tafel.

Bei einem 3½jährigen Knaben, der an einem eklamptischen Anfalle verstorben war, fehlte der Balken vollkommen, ausserdem bestand entzündlicher Hydrocephalus. Die anatomische Untersuchung des Gehirnes bestätigte die in ähnlichen Fällen schon mehrfach constatirte Existenz des fronto-occipitalen Associationsbündels, mit dem auch das Cingulum in nachweisbarem Zusammenhange steht; er bezeichnet beide als das «mediale Associationsstratum», von dem durch die durchbrechenden Projectionsbündel getrennt nach aussen die kurzen Associationsbündel als «laterales A. stratum» zu scheiden sind.

4) Wickel: **Casuistische Beiträge zur Differentialdiagnose zwischen Lues cerebri diffusa und Dementia paralytica nebst einem anatomischen Befunde.** (Psych. Klinik Tübingen.) Mit 1 Tafel.

Verf. berichtet über 6 eingehende Krankengeschichten, bei denen eine Mischung von Symptomen der Dementia paralytica und der Lues cerebri bestand; für die letztere sprechen nach Ansicht des Verfassers: Augenmuskelstörungen passageren Charakters, dessgleichen vorübergehende aphasische Zustände, Paresen von wechselnder Intensität, geistige Schwäche ohne Progressivität und mit lange erhaltener Krankheitseinsicht, und schliesslich der Erfolg einer specifischen Therapie.

5) Seeligmann: **Ein neuer Fall von partieller Verwachsung beider Grosshirnhemisphären.** (Karlsruhe.) Mit 1 Tafel.

Bei einem 10monatlichen rhachitischen Kinde mit tetaniformen Anfällen fanden sich die beiden Stirnlappen 4 cm weit vollkommen miteinander verwachsen, mit Ausnahme der Fossa Sylvii war dadurch die Ausbildung des normalen Furchungstypus vollkommen aufgehoben. Es fehlten Septum pellucidum und Columnae fornicis, Insula Reyli etc.

6) v. Scarpatetti: **Zwei Fälle frühzeitiger Erkrankung des Centralnervensystems: a) multiple tuberöse Sklerose des Gehirns, b) Mikrocephalia vera.** (Irrenanstalt Feldhof.) Mit 1 Tafel.

Der erste Befund betraf eine 24jährige epileptisch Schwachsinnige mit Hydrocephalus. Hier fand sich als Rest einer multiplen chronischen Encephalitis an vielen Stellen der Grosshirnrinde eine durch Gliawucherung bedingte knotige Auftreibung und Verhärtung der Windungen.

7) Westphal: **Ueber einen Fall von Compressionsmyelitis des Halsmarks mit schlaffer, degenerativer Lähmung der unteren Extremitäten** (Psych. Klinik der Charité.) Mit 1 Tafel.

Bei einer 53jährigen Frau entwickelte sich in kurzer Zeit unter Nackenschmerzen eine complete Extremitätenlähmung, Aphonie, Lähmung der Rumpf-, Blasen-, Mastdarm- u. Zwerchfellmusculatur, ausgedehnte Analgesie. Partielle Entartungsreaction. Die Anfangs lebhaften Patellarreflexe verschwinden ganz. Die Section ergab Caries vom 2.—5. Halswirbel mit Pachymeningitis. Als Ursache der fehlenden Sehnenreflexe ergab sich eine ausgesprochene degenerative Erkrankung der Ganglienzellen an den Vorderhörnern des Lendenmarkes (Vacuolenbildung, Schrumpfung, Protoplasmaschwund).

8) Schlapp: **Der Zellenbau der Grosshirnrinde des Affen (Macaeus Cynomolgus).** Mit 2 Tafeln.

Siehe Original.

9) Meine: **Ein Beitrag zur Lehre von der echten Heterotopie grauer Hirnsubstanz.** (Psych. Klinik Basel.)

Bei einem 14jährigen Epileptiker fand sich im ganzen Gehirn ausser abnormer Windungsanlage auffallend stark entwickelte Rindensubstanz bei reducirtem Marklager, ferner im Marklager an abnormer Stelle eingesprengte Inseln grauer Substanz mit markhaltigen Nervenfasern und ganglienzellartigen Gebilden (Neuroblasten).

10) Ganser: **Ueber einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand.** (Dresden.)

11) Alber: **Ein Apparat zur Auslösung optischer Reize.** (Giessen.)

12) Cramer: **Zur Theorie des Gedankenlautwerdens.**

Kurze Mittheilungen. Chr. Jakob-Bamberg.

Berliner klinische Wochenschrift, 1898. No. 44

1) H. Schmidt-Rimpler-Göttingen: **Ueber spontanes Verschwinden von Startrübungen.**

Für das spontane Zurückgehen von Altersstaren führt Verf. 2 Fälle ausführlich an, welche bestätigen, dass dieselben meist eine Reihe von Jahren bestanden, ehe sie zur Resorption kamen.

Meist handelt es sich dabei um eine der Aufsaugung vorausgehende volle Verflüssigung der Corticalis. Die Entwicklung der Startrübungen kann auch in der Richtung ungewöhnlich sein, als sie überaus lange Zeit stationär bleiben können. IK als Augentropfen (0,05:10,0) scheint hiefür günstig zu wirken. Linsentrübungen von Diabetikern hellen sich manchmal wieder auf, ebenso durch Trauma entstandene Startrübungen. Sch.-R. hat darüber Versuche an Kaninchen angestellt, denen er mit einer Stopfnadel Linsenverletzungen zufügte. Auch hier konnte in einzelnen Fällen ein deutliches Zurückgehen einer fast totalen Linsentrübung beobachtet werden. Auf die Einzelnheiten hierüber kann hier nicht eingegangen werden. Manchmal trübt sich bei grösseren Starbildungen auch die Hornhaut, beim Kaninchen mehr als am menschlichen Auge Ursache hiefür scheint das Eindringen von Kammerwasser in die Cornea zu sein, sobald an dieser ein Endotheldefect an der Membrana Descemetii auftritt.

2) Wickel-Tübingen: **Ein Fall von Hemianopsie nach Trauma**

Reine Fälle von Hemianopsie in Folge Occipitallappenverletzung sind selten. In dem eingehend beschriebenen Falle (cfr. die beigegebenen Gesichtsfeldaufnahmen) trat die linksseitige homonyme Hemianopsie bei dem 11½jähr. Kranken ein, der im 5. Lebensmonat einen heftigen Sturz auf den Hinterkopf erlitt. Erst vom 7. Jahre an traten Kopfschmerzen auf, dann zahlreiche Krampfanfälle. Unter der Protuberant. occipitalis fand sich ein Knochendefect (8:4 cm); ferner bestand Strabism. converg. concomitans. Die durch das Trauma verursachte Gehirnläsion betrifft hauptsächlich die Spitze des rechten Hinterhirns, sowie die Umgebung der Fissura calcarina, also jene Theile, welche die auf die linke nasale und rechte temporale Retinahälfte aufgefallenen Sehreize aufzunehmen haben. Die zu constatirende Abblassung eines Theiles beider Papillen ist zurückzuführen auf eine secundäre Degeneration der optischen Bahnen, der Strabismus ist ein physiologische Folge der bestehenden Hemianopsie. Zu bemerken ist noch, dass als Ausdruck einer Allgemeinschädigung des Gehirns ein Minus geistiger Fähigkeiten an dem hereditär nicht belasteten Kranken wahrgenommen wurde.

3. F. Brasch-Berlin: **Zur Frage der Fieberveränderungen an den menschlichen Ganglienzellen.**

Verfasser hat zur Nachprüfung früherer Angaben das Rückenmark von 3 Kindern, die an Pneumonie, resp. Furunculose mit septischen Erscheinungen unter begleitendem hohen Fieber zu Grunde gegangen waren, kurze Zeit nach dem Tode untersucht. Er fand Aufhellung, Schwellung, Abrundung der Ganglienzellen, Schwund der Nissl'schen Zellkörperchen, leichte Färbung der Grundsubstanz, Schwellung der Protoplasmafortsätze. Die Befunde, welche sich ähnlich wie bei Thieren auch bei Menschen finden, falls ihre Temperatur mehrere Stunden vor dem Tode continuirlich um mehr als 3° gesteigert war, und welche vorzugsweise von der absoluten Höhe der Temperatur abhängig sind, widersprechen den Angaben von Juliusburger und Meyer. Die Widerstandsfähigkeit der Nissl'schen Zellkörperchen gegenüber der Temperaturerhöhung scheint individuell verschieden zu sein; auch scheinen bei hektischem Fieber die Veränderungen nicht aufzutreten, weil die Einwirkung der hohen Temperaturen nicht hinreichend lange ist. In acuten Krankheitsfällen ist bei prämortaler mehrstündiger Einwirkung einer Körpertemperatur von über 40,5° mit ziemlicher Sicherheit Fieberveränderung an den Ganglienzellen zu erwarten.

4) W. Menke-Berlin: **Rankenneurom mit allgemeiner Multiplicität von Neuromen.** (Cfr. pag. 642 der Münch. med. Wochenschr.)

5) A. Christomanos-Athen: **Nachweis von Chinin im Harne durch Pikrinsäure.**

Nach Einnahme von Chinin tritt im Harne durch Pikrinsäurezusatz eine Fällung, resp. bei geringerer Menge eine Trübung auf. Verfasser weist darauf hin, dass das Esbach'sche Reagens Pikrinsäure enthält und daher beim Gebrauche eine Eiweissreaction vortäuschen könne, während nur Chinin im Harne vorhanden ist. Wenn Eiweiss und Nucleoalbumin fehlen, und es entsteht beim Zusatz des Esbach-Reagens gleichwohl eine Trübung, so weist dies auf im Harne vorhandenes Chinin hin. Coffein, Salol, Natr. salicyl., Antipyrin, Phenacetin geben diese Reaction nicht, die bei vorhandenem Eiweiss überhaupt nicht brauchbar ist.

Dr. Grassmann-München.

Deutsche medicinische Wochenschrift, 1898. No. 43.

1) Wilhelm Koelzer: **Ueber die Erysipelbehandlung mit Metakresolanytol.** (Aus dem hygienischen Institut der Universität Greifswald.)

Nach einem Vortrag im Medicinischen Verein zu Greifswald am 23. Juli 1898. Referat siehe diese Wochenschrift No. 33, p. 1073.

2) Hugo Loeventhal: **Serotherapie der Febris recurrens.** (Aus der Recurrensabtheilung des alten Catharinenspitals in Moskau.) (Schluss folgt.)

3) Roger v. Budberg: **Methode der Placentarexpression.** (Aus der Universitäts-Frauenklinik in Dorpat.)

Die von Crédé als Bestandtheil seines Handgriffs geforderte Dislocirung des Uterus durch Herabdrücken nach der Kreuzbeinaushöhlung hin, ist schon von Schultze als ein Nachtheil des Verfahrens bezeichnet worden. Derselbe wird auch durch die hier beschriebene, bei ca. 1000 Geburten mit Erfolg angewandte Methode vermieden, indem das Hauptgewicht auf eine möglichst vollständige Umfassung der Gebärmutter, allmähliche Zunahme des Druckes mit Einsetzen der Wehe und, als mindestens ebenso wichtig, allmähliches Nachlassen desselben gelegt wird.

4) J. Kofmann: **Fractura patellae obliqua.** (Aus der chirurgischen Abtheilung des israelitischen Spitals in Odessa.)

Casuistische Mittheilung.

5) O. v. Ley-Köln a. Rh.: **Ueber Gummigeschwülste in der Hohlhand.**

Beschreibung von 2 Fällen dieser äusserst selten beobachteten Localisation der Syphilome. 3 ähnliche Fälle sind von Lewin in den Charitéannalen 1882 beschrieben.

No. 44.

1) Wilhelm Ebstein: **Ueber die Stellung der Fettleibigkeit, der Gicht und der Zuckerkrankheit im nosologischen System.** (Aus der medicinischen Universitätsklinik in Göttingen.)

Nach einem am 22. September 1898 in der Abtheilung für innere Medicin der 70. Naturforscherversammlung in Düsseldorf gehaltenen Vortrage. Referat siehe diese Wochenschrift No. 42, pag. 1347.

2) Paul Grawitz: **Ueber die Wandlungen der Entzündungslehre.** (Aus dem pathologischen Institut der Universität Greifswald.)

Entgegnung auf die von Lubarsch in No. 32—35 der Deutsch. med. Wochenschr. gebrachten Ausführungen. Zum Referat nicht geeignet.

3) Th. Axenfeld: **Ueber nicht gonorrhoische Blennorrhoe der Conjunctiva.** (Aus der Universitätsaugenklinik in Rostock.) Vortrag gehalten im ärztlichen Verein in Rostock am 12. März 1898. Referat siehe diese Wochenschr. No. 19, pag. 614.

4) E. Behring: **Kritische Bemerkungen über die Stellungnahme des Prof. L. Lewin zur Immunitätsfrage.**

5) L. Lewin: **Antwort auf die kritischen Bemerkungen des Prof. E. Behring über meine Stellungnahme zur Immunitätsfrage und Weiteres über Immunität.**

Polemische Erörterungen, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann.

6) Hugo Loeventhal: **Serotherapie der Febris recurrens.** (Aus der Recurrensabtheilung des alten Catharinenspitals in Moskau.) (Schluss aus No. 43.)

Bei 131 Patienten mit Rückfallfieber wurden 328 Einspritzungen mit dem Gabritschewsky'schen Antispirochätenserum gemacht. Dabei wurde 2mal Albuminurie, Exanthem in 19 Fällen und eben so oft Gelenkschwellungen mit Fieber und Schmerzen beobachtet. Von den specifisch behandelten 84 Kranken, d. h. solchen, die von Anfang an systematisch mit Serum behandelt wurden, schloss in 47 Proc. die Krankheit mit dem ersten Anfall ab, bei den nur symptomatisch behandelten dagegen nur in 12,8 Proc. der Fälle.

F. Lacher-München.

Wiener klinische Wochenschrift. 1898. No. 43.

1) M. Sachs-Wien: **Sideroskop und Elektromagnet; ihre Verwendung in der Augenheilkunde.**

Verf. bespricht zunächst die Symptome für das Eindringen eines Fremdkörpers in's Augeninnere und gibt dann eine genaue Beschreibung der Methode, durch welche mittels des Sideroskops von Asmus der eingedrungene Fremdkörper als aus Eisen bestehend nachgewiesen werden kann. Das Princip des Apparats besteht darin, dass eine an ihm befindliche Magnetnadel durch einen Eisensplitter abgelenkt wird. Die Lage des letzteren kann manchmal durch die Röntgenstrahlen genauer bestimmt werden. Die Extraction wird zuerst durch den Hirschberg'schen Magneten versucht; in vielen Fällen wird der starke Haab'sche Elektromagnet angewandt. Eine Verletzung der Linse pflegt bei der Ueberführung des Fremdkörpers in die vordere Augenkammer nicht zu erfolgen. Von grösserer Bedeutung sind die Verletzungen der Iris. Die Prognose wird durch die frühzeitige Magnetextraction gebessert, da hiedurch der Verlauf entzündungsfrei gestaltet werden kann. Die Entfernung des Eisenspahns gelang in allen 32 Fällen, die in den letzten 3 Jahren an der Fuchs'schen Klinik mittels der Magnetextraction behandelt werden konnten. Verf. gibt im 2. Theile seiner Arbeit die Krankheitsgeschichten dieser 32 Fälle.

2) Fr. Kermanner-Graz: **Ueber Blutungen nach Tracheotomie und Oesophagotomie.**

Verf. gibt eine kurze Uebersicht über die Literatur, welche sich mit diesem nicht ganz seltenen und häufig tödtlichen Vorkommniss beschäftigt und acceptirt die Eintheilung von Foltanek in extra- und intratracheale Blutungen. Die Quelle der letzteren kann nicht immer, selbst durch die Section nicht, eruirt werden, worüber Verf. einen Fall anführt. Die extratrachealen Blutungen treten fast immer schon wenige Stunden nach der Operation auf, wie in einem weiteren mitgetheilten Fall, der ein 2jähriges Kind betraf, das sich aus einer starken, nicht genügend ligirten Vene verblutete. Die Tracheotomia inferior disponirt eher zu diesem Ereigniss als die superior. Die Blutungen können auch erfolgen in Folge Arrosion der Gefässwand durch Eiter, durch Einwuchern von Neubildungen, durch Decubitusgeschwüre, meist durch die Canüle verursacht. Auch für letztere Möglichkeiten ist K. in der Lage, Fälle anzuführen, die beide tödtlich endigten. Ein weiterer Fall illustrirt die meist durch Decubitusgeschwüre entstehen-

den intratrachealen Blutungen. Zur Vermeidung der ersteren ist es zweckmässig, weiche Gummicanülen anzuwenden; doch kann auch ein weicher Gummischlauch durch langes Liegen an den drei engsten Stellen des Oesophagus Unheil anrichten

3) Zuckerkandl und Erben-Wien: **Zur Physiologie der Rumpfbewegungen**.

Der Artikel wendet sich polemisch gegen L. Mann, der eine frühere Arbeit der Verfasser über obiges Thema angefochten hatte. Auf die Einzelnheiten dieser Erwiderung kann hier nicht eingegangen werden.

4) A. F.: **Die Pesterkrankungen in Wien**.

Dr. Grassmann-München.

Otiatrie.

F. Matte-Köln: **Beiträge zur experimentellen Pathologie des Ohrlabyrinthes.** (Arch. f. Ohrenh. 44. Bd., 4. Heft.)

Matte hat bei Tauben, Kaninchen und Mäusen theils das Labyrinth nur verletzt, theils Fremdkörper oder chemische Stoffe oder Bacterien eingeführt und berichtet über die dadurch im Leben ausgelösten Erscheinungen (Coordinationsstörungen) und über die makroskopische und mikroskopische Untersuchung mehrerer Präparate.

Carl Biehl: **Die Häufigkeit der Erkrankungen der einzelnen Abschnitte des Gehörorganes.** (Aus dem k. k. Garnisonsspitale No. 1 in Wien.) [Ibidem.]

Der Verfasser stellt aus den statistischen Jahrbüchern des österreichischen Heeres die Zahlen der Ohrenerkrankungen nach dem Sitz in den einzelnen Abschnitten des Gehörorganes zusammen und vergleicht dieselben mit den Berichten aus verschiedenen Ohrenkliniken. Die Unterschiede sind zum Theil gross und werden zu erklären versucht. Biehl verlangt, dass in jedem grösseren Militärspitale ein mit der Ohrenheilkunde vertrauter Arzt angestellt werde.

Victor Hammerschlag-Wien: **Beitrag zur Casuistik der multiplen Hirnnervenerkrankungen.** (Ibidem. 45. Bd., 1. und 2. Heft.)

Erkrankt waren nach Erkältung unter Fieber der Facialis, Acusticus und Trigeminus. In der Literatur existiren einige ähnliche Fälle von rheumatischer Lähmung dieser 3 Nerven.

R. Eschweiler: **Ein Fall von Fibromyxom des Warzenfortsatzes.** (Aus dem St. Marienkrankenhaus auf dem Venusberg bei Bonn. Director Prof. H. Walb.) [Ibidem.]

Seit Jahrzehnten Otorrhoe, seit 8 Jahren Fistel im Warzentheil. Der Tumor war gestielt, klein-eigross und ebenso wie ein Theil der Knochenhöhle mit Epidermis überzogen. In der Höhle waren Antrum, Paukenhöhle und knöcherner Gehörgang aufgegangen. Heilung mit Epidermisirung der Höhle.

Hermann Denners-Berlin: **Acustische Untersuchungen zum Zwecke physiologischer und praktischer otologischer Fragen.** (Vortrag auf der 7. Versammlung der deutschen otologischen Gesellschaft.) [Ibidem.]

Die Untersuchungen behandeln besonders die Frage des Mittönens von Stimmgabeln in dem gleichen Medium und in verschiedenen Medien. Die Einzelheiten sind im Original nachzulesen.

Ostmann-Marburg a. L.: **Experimentelle Untersuchungen zur Massage des Ohres.** (Mit 26 Curven.) II. Theil: **Die Wirkung der Massageapparate auf den normalen Schallleitungsapparat des Ohres.** (Ibidem.)

Die Wirkung der verschiedenen Apparate wurde mittels Glasfäden geprüft, welche auf den Hammerkopf und die Steigbügelfussplatte aufgekittet waren. Es zeigte sich, dass schon bei geringer Druckhöhe eine Zerrung der Trommelfellfasern eintritt, und dass selbst bei der mit dem Munde ausgeübten Pneumomassage, vor Allem aber durch den elektromotorisch betriebenen Apparat eine Zerrung der Bänder der Gehörknöchelchen entstehen kann. Die Wirkung von Lucae's Drucksonde ist null oder sehr gering, weil der kurze Fortsatz, auf welchen dieselbe aufgesetzt wird, ganz nahe der Drehungsachse der Gehörknöchelchen liegt. Dagegen wird der Steigbügel recht ergiebig durch Zusammendrücken eines mit dem Gehörgang verbundenen Gummischlauches oder durch die Hommel'sche Traguspresse bewegt.

R. Stankowski: **Ueber doppelseitige Trommelfellrupturen.** (Aus der Universitäts-Poliklinik für Ohrenkranke in Freiburg i. Br.) [Monatsschr. f. Ohrenh. 1898, No. 8.]

Dieselben waren in dem einen Falle durch Explosion, in den zwei anderen durch Ohrfeigen entstanden.

Gottlieb Kiaer: **Eine Meisselsonde für das Ohr.** (Ibidem).

Das Instrument soll dazu dienen, die äussere Wand des Aditus ad Antrum zu entfernen, wie es scheint vom intacten Gehörgang aus.

Paul Manasse und Alfred Wintermantel: **Bericht über 77 Radicaloperationen.** (Univ.-Klinik für Ohrenkr. zu Strassburg.) Zeitschr. f. Ohrenh. 33. Bd. 1. Heft.

Geheilt sind 40, noch in Behandlung 21, gestorben 8. In wenigen Fällen wurden die Gehörknöchelchen nicht entfernt. Zur Nachbehandlung wird, wenigstens für einige Zeit, der feuchte Verband empfohlen. Durchschnittliche Heilungsdauer 18 Wochen. In 20 Fällen blieb die retroauriculäre Wunde dauernd offen.

Eduard Hartmann-Münchweilen: **2 neue Fälle von doppelseitiger knöcherner Stapesankylose.** (Aus der oto-laryngologischen Klinik Prof. Siebenmann Basel). Ibidem 2. Heft.

Die Arbeit orientirt zugleich in übersichtlicher Weise über den gegenwärtigen Stand der Pathologie und Therapie der sogenannten Sklerose.

Leopold Treitel-Berlin: **Ueber das Carcinom des Ohres.** (Ibidem.)

In beiden Fällen war eine chronische Mittelohreiterung vorausgegangen. Beim ersten hatte sich das Carcinom unter der Dura weit ausgebreitet und zu Obliteration der Carotis und fast vollständigem Verschluss des Sinus geführt. Der zweite Fall, ein Adenocarcinom, zeichnet sich durch langsamen Verlauf (7—8 Jahre) aus.

Fr. Bezold und Edelmann-München: **Ein Apparat zum Aufschreiben des Stimmgabelschwingungen und Bestimmung der Hörschärfe nach richtigen Proportionen mit Hilfe desselben.** Mit 3 Abbildungen. (Ibidem.)

Bisher war es gebräuchlich, die Hörschärfe für einen Stimmgabelton dadurch auszudrücken, dass man die Hördauer für denselben mit der des normalen Ohres verglich. Das gibt aber ein ganz falsches Bild für die Hörempfindlichkeit, denn während die gemessenen Zeitdauern in arithmetischem Verhältniss absinken, fällt die Amplitude der Stimmgabeln in einem annähernd geometrischen Verhältniss. Bezold und Edelmann messen desshalb die Hörempfindlichkeit nach der Grösse der Amplitude, welche vom kranken Ohre gerade noch gehört wird, und bringen damit die Bestimmung der Hörschärfe überhaupt erst auf eine richtige Basis.

Dadurch, dass die Verfasser mit Hilfe eines neu construirten Apparates gefunden haben, dass die Abschwingungscurve der sämmtlichen Stimmgabeln, soweit ihre Amplitude noch messbar ist, d. h. der untersten 2½ Octaven der Tonreihe, genau die gleiche ist, sind sie im Stande gewesen, eine Tabelle aufzustellen, nach der sich leicht die nach der Amplitude bestimmte wirkliche Hörschärfe berechnen lässt, wenn man nur die Zeitdauer für das normale und für das kranke Ohr kennt.

Die Verfasser halten den Schluss bis auf Weiteres für berechtigt, dass die Curve für die untersten 2½ Octaven auch für die gesammte übrige Tonscala ihre Giltigkeit hat.

Scheibe-München.

Italienische Literatur.

Ueber die Ursache des Milzgeräusches ist Gabbi (La clinica med. Ital. 7, 1898) im Stande, eine sichere Angabe zu machen.

Die Hypothese, dass dasselbe extrasplenial sein könne, ist unhaltbar; es kommt sicher im Organ zu Stande. Beim Malaria-Milztumor wie bei der Leukaemie, Pseudoleukaemie und der essentiellen Milzhypertrophie ist diese Erscheinung ausserordentlich selten. Zum Zustandekommen desselben ist eine Perisplenitis, eine Wucherung und Verdichtung des Bindegewebes in der Gegend des Eintrittes der Gefässe am Hilus nothwendig. Das Geräusch, welches wesentlich bei der Diastole der Gefässe zu Stande kommt, ist ein Stenosengeräusch. In einem Falle, in welchem das Geräusch sehr ausgesprochen war, und der zur Milzexstirpation führte, konnte G. beobachten, dass 2 Aeste der Milzarterie gänsekielgross wie in einen Trichter in bindegewebige perisplenitische Plaques einmündeten und durch diese letzteren stenosenartig verengert wurden.

Das Wesen des von den Italienern sogenannten **Morbus Raynaud** ist in erster Linie eine abnorme Erregbarkeit der vasomotorischen Centren.

Zoja theilt in der Gazetta medica di Torino 1898, No. 33, einen Fall mit, welcher typische Anfälle von Angiosynkope mit Angioparalyse aller 4 Extremitäten bot.

Während der Angiosynkope: Verminderung der Empfindung der befallenen Theile mit Temperaturerniedrigung, wenig vollem Radialpuls; während der Angioparalyse: der Puls voller, die Venen strotzend, die Temperatur höher.

Die graphische Pulscurve bietet für gewöhnlich keinen Unterschied vom gesunden Verhalten; sobald die Extremität aber sich röthet, wird der Puls voller, bis er graphisch dargestellt eine Höhe erreicht, 20mal höher als das Minimum während der Synkope beträgt, und 3mal höher als der normale Puls.

Bei der Synkope ist der Puls monocrot, um dann allmählich dicrot und tricrot zu werden.

Eine **functionelle Dissociation der Herz**[illegible]**alften** hält Caporali (Riv. clinica e terapeutica 8, 1898) nicht für allzu selten. Unter 8 Fällen von Mitralvitium will er sie 3mal beobachtet haben; sie ist unabhängig vom Compensationszustand.

Sie soll häufig sein bei Mitralinsufficienz mit Mitralstenose, bei welcher Theilung des zweiten Tones an der Herzspitze zu hören ist. Es wäre wichtig, zu untersuchen, ob eine solche Dissociation immer bei einer Theilung des zweiten Tones vorhanden ist oder nicht, umsomehr, als die Ursache des getheilten Tones der Unterschied in dem Druck der Ventrikel ist, welcher seinerseits den Synchronismus im Schluss der Semilunarklappen der Aorta und Pulmonalis verhindert.

In 2 Fällen von Mitralstenose ohne Theilung des zweiten Tones fand C. die functionelle Dissociation der beiden Herzhälften nicht; in 4 Fällen von Mitralinsufficienz nur einmal.

Rotondi untersuchte **das Muskelgewebe**, sowohl das des ruhenden Muskels als das des ermüdeten Muskels, **auf sein Verhalten zum Florence'schen Reagens** (Rivista di med. legale fasc. 7, 1898).

Das alkoholische Extract des ermüdeten Muskels soll die Reaction sehr deutlich ergeben mit einer beträchtlichen Anzahl charakteristischer Krystalle, während der ruhende Muskel, in gleicher Weise extrahirt, Krystalle gar nicht oder sehr spärlich erweist.

Diese Differenz zwischen dem ruhenden und ermüdeten Muskel verschwindet nach der Ischiadicusreizung, wenn man vorher die Femoralis unterbindet.

Ueber 3 Fälle von **Uebertragung des Gonococcus auf die Mastdarmschleimhaut** berichtet Montegazza (Settimana medica 33, 1898). In allen 3 Fällen gelang der mikroskopische Nachweis. Diese Thatsache hält M. desshalb für wichtig, weil eine blenorrhagische Proktitis vielfach noch bestritten wird. Hier wie bei der Urethra soll der Gonococcus folliculäre und perifolliculäre hartnäckige Abscesse bewirken können.

In Anbetracht der geringen bactericiden Wirkung der Röntgenstrahlen und in der Annahme, dass es hauptsächlich die ultravioletten chemischen Strahlen sind, welche eine mikrobenfeindliche Wirkung entfalten, benützten Pacinotti und Porcelli (Sett. med. d. Speriment. p. 452, 1898) **die Endeckung von Becquerel über Phosphorescenz.** Zu den Körpern, welche die grösste Menge ultravioletter Strahlen absorbiren, gehören die Salze des Urans. Sie haben die Eigenthümlichkeit, dass die von ihnen absorbirten Strahlen wie die Röntgenstrahlen dunkle Körper durchsetzen, auch solche, welche für die Röntgenstrahlen dunkel bleiben. Versuche mit den dem Sonnenlicht ausgesetzten gepulverten Uransalzen und den aus ihnen gewonnenen Becquerel'schen Strahlen sollen sehr ermuthigend ausgefallen sein. Sie vernichten Bacterien in 3—24 Stunden in feuchtem Medium und ohne dass dieselben in Contact mit der Luft kamen. Tuberkelbacillenhaltiges Sputum soll sich bei wiederholten Impf- und Controlversuchen vollständig sterilisirt erwiesen haben, wenn es diesen Strahlen ausgesetzt war. Diese Sterilisirung soll in einer Degeneration und chemischen Veränderung des Protaplasma bestehen, wie sich auch durch die Anilinreaction feststellen lässt.

Im Mai d. J. berichtete Tuffier der Pariser Gesellschaft für Chirurgie **über ein neues Verfahren der Blutstillung**, welches er bei der vaginalen Exstirpation des Uterus angewendet hatte. Er hatte bis dahin in 23 Fällen niemals eine Sutur noch eine Pince gebraucht und niemals eine Blutung, weder primäre noch secundäre, gehabt.

Cavazzani berichtet über die Anwendung des gleichen Verfahrens in Venedig und in Pavia. (Gazzetta degli osp. 1898, No. 115.) Es handelt sich bei diesem Verfahren um eine Angiotripsie. Das Instrument, Angiotribe genannt, stellt eine Pincette dar, die in einer Ausdehnung von etwa 2 mm kurze, starke und glatte Zähne hat, dabei einen langen Hebelarm, um einen starken Druck auf das Gefäss auszuüben. Es gibt mehrere solcher Pincetten, welche der Grösse des Gefässes und der Tiefe der Lage desselben angepasst sind.

Wie C. durch Versuche an Kaninchen bestätigen konnte, bewirkt das Instrument Ruptur der Intima in der ganzen Ausdehnung des Gefässes und es bildet sich so ein solider Thrombus. Der Verschluss des Gefässes ist ein vitaler, nicht ein mechanischer Act, wovon man sich leicht dadurch überzeugt, dass an der Leiche der Verschluss des Gefässes nicht eintritt; ein ganz geringer Druck injicirten Wassers genügt, denselben zu trennen.

Die Vortheile der Vermeidung des Catguts liegen auf der Hand. Die Anwendung dieses Verfahrens soll nach C. bei einer grossen Reihe von Operationen genügen: bei allen Arterien 4. Ordnung, beim Kaninchen auch bei der Femoralis.

Ist die Blutung auf diese Weise einmal gestillt, so soll der Verschluss immer ein definitiver sein.

Im Archivio di Ostetricia e Ginecologia No. 8., 1898 erwähnt Pozzoli **die spontan erfolgte Entbindung einer Frau, bei welcher gelegentlich eines früheren Partus wegen hochgradiger Beckenenge die Symphyseotomie** ausgeführt war. Der Autor ist der Ansicht, dass die Vereinigung der Symphyse nach dieser Operation immer keine knöcherne ist, sondern durch straffes fibröses Gewebe erfolgt und dass desshalb eine momentane Erweiterung dieses Gewebes, um dem Kopf den Durchtritt zu gestatten, nicht so selten sein dürfte.

In der Gazzetta degli ospedali etc. 1898, No. 91 gibt Calabrese **eine Uebersicht über die Resultate des Pasteur'schen Hundswuth-Impfungsinstituts in Neapel.** Diese Resultate beziehen sich besonders auf die beiden Jahre 1896 und 1897. Es kamen 833 Individuen zur Behandlung. In fast der Hälfte der Fälle wurden die Thiere (es handelte sich in Summa um 508 Hunde, 15 Katzen, 2 Schweine, 5 Esel, 1 Rind) experimentell krank befunden, in einer etwas grösseren Zahl boten dieselben den typischen Verlauf und Befund der Lyssakrankheit uud in 116 Fällen handelte es sich nur um verdächtige Thiere ohne sichere Anzeichen.

47 Individuen waren im Gesicht, 452 an nackten und 334 an bedeckten Theilen gebissen worden.

In 487 Fällen war keinerlei Behandlung der Wunde vorhergegangen, 178 Kranke waren mit Argentum, 168 mit dem Glüheisen behandelt. Der grösste Theil der Gebissenen stand im Alter von 6 bis 20 Jahren; es handelte sich um 611 Männer und 194 Frauen; die Mehrzahl fiel auf den August und überhaupt auf die heisse Jahreszeit. 409 der Kranken stammten aus der Provinz Neapel, die übrigen aus Süditalien, den benachbarten Inseln, 4 Fälle aus Port Said.

Die Mortalität war eine sehr geringe, sie betrug 5 von 833 oder 0,6 Proc.; irgend welche unangenehme Nebenwirkungen der Behandlung werden nicht erwähnt.

Seit der Gründung des Hundswuthinstituts 1886 bis heute sind 2098 Fälle behandelt mit 17 Todesfällen, also nur 0,8 Proc.

Von den mitgetheilten Experimenten erwähnen wir, dass das Blutserum immunisirter Thiere sich von erheblich höherer antitoxischer Eigenschaft erweist als Gehirn und Rückenmark, dass sich ferner in der Galle immunisirter, sowie an Lyssa eingegangener Thiere Antitoxine finden.

Myiasis intestinalis (von *μυῖα* = Mücke), **Fliegenlarven im Darm** und Entleerung derselben mit den Faeces ist ein in südlicheren Ländern häufiger beobachteter Krankheitszustand, welcher unter Umständen schwere Darmerscheinungen, reflectorischen Schwindel und Epilepsie veranlassen kann.

Malfi beschreibt aus der Klinik zu Palermo einen einschlägigen Fall, (la rif. med. 1898, No. 167) in welchem es sich um die Larven einer Fleischfliege handelte. Man darf annehmen, dass die Larven immer als Fliegeneier verschluckt werden und als solche und als junge Thiere den Verdauungssäften zu widerstehen im Stande sind.

M. führt eine reiche Literaturangabe über den fraglichen Gegenstand an: Naturgemäss handelt es sich vorwiegend um Autoren warmer Zonen.

In Bezug auf **Uebertragung des Pestbacillus** wollen Bandi und Stagnitta-Balictreri durch Versuche an Meerschweinchen festgestellt haben, dass dieselbe auch durch die Verdauungsorgane erfolgen könne. Diese Form der Uebertragung soll eine mehr chronische sein, aber dieselben Localisationen in der Lunge veranlassen, als ob die Infection auf dem Wege der Athmung erfolgt sei.

Diesen Uebertragungsmodus nehmen auch Yersin, Lustig und Galeotti an, während Gaffky und Pfeiffer ihn bestreiten. (Annali di Igiene sperimentale XIII, März 1898.)

Ueber einen epidemischen acuten oedematösen Conjunctivalkatarrh, welcher mehrere ländliche Ortschaften betraf, berichtet Cipriani (Il Morgagni, Juli 1898.)

Die Krankheit begann mit blasser Schwellung der Augenlider, Verschluss der Lidspalte, Anfangs flüssiger, dann schleimigeitriger Absonderung. Ein schmutzig-weisser Kreis von harten und röthlichen Knötchen in der äussern und innern Peripherie um die Cornea, Schwellung der Parotiden, der präauriculären und der Cervicaldrüsen gehörte zum Krankheitsbilde, ebenso grosse Ansteckungsfähigkeit.

Am leichtesten wurden Frauen und Kinder, sowie solche Individuen befallen, welche bei mangelhaftem Licht in staubiger und rauchiger Athmosphäre arbeiteten.

Der Ausgang war immer ein günstiger, die Cornea war sehr selten ergriffen. Argentum- wie namentlich Protargolsalbe 1:20 führte schnelle Heilung herbei.

Ein angeblich neues und prompteres Verfahren zum Nachweis des Indicans im Urin gibt Graziani, Riform. med. 1898, No. 181 und 182 an. Dasselbe besteht in dem vorsichtigen Hinzufügen von reiner Schwefelsäure, gemischt mit wenigen Tropfen Eisenchloridlösung zu dem fraglichen Urin. Der kirschrothe Ring an der Berührungsstelle soll charakteristisch für Indicangehalt des Urins sein.

G. theilt ferner die Beobachtung mit, dass bei lymphatisch angelegten Individuen leichte Stoffwechselstörungen genügen, um aus dem Albuminmolecül der Lymphe Indigo abzuspalten.

Bendini suchte die noch strittige Frage **über die blutbildende Wirkung des Mangans** zu lösen. Unter fortgesetzten controlirenden Blutuntersuchungen behandelte er mit Mangan in der Klinik zu Florenz 14 Fälle von Chlorose. Er bediente sich einer doppeltweinsteinsauren Lösung von Mangan mit doppeltweinsteinsaurem Kali und brachte dieselbe subcutan bei. Die Dosis des Mangans betrug 5—15—20 cg pro Injection.

In keinem Falle hatte er einen Misserfolg und in keinem unangenehme Nebenerscheinungen.

Ob das Mittel die Eigenschaft besitzt, wie Cervello annimmt, dass es direct die Stelle des Eisens als Molecül im Haemoglobin einnimmt, ob es anregend auf die Magen- und Darmfunction wirkt, jedenfalls gehört es zu den vorzüglichen Ersatzmitteln des Eisens in solchen Fällen, wo man dasselbe nicht geben möchte oder wo es nicht zu wirken scheint. (La settimana med. No. 9. 1898.)

Ueber die Technik der in Italien viel geübten intravenösen Injectionen von Mercurialsalzen theilt die Riforma med. 1898, S. 203, mit:

Die intravenösen Injectionen sind im Gegensatze zu den subcutanen fast schmerzlos: sie wirken schneller, vielleicht auch ener-

gischer und empfehlen sich in schweren Formen von Syphilis. Man hat den intravenösen Injectionen den Vorwurf der Embolie und der Infection gemacht: a priori erscheint dies freilich gerechtfertigt; aber die Praxis erweist das Gegentheil. Man kann mehrere Injectionen immer in dieselbe Vene machen: niemals beobachtet man nach denselben Embolie, Infection oder Lungenerscheinungen. In Italien sind sie durch Baccelli, in Frankreich durch Abadie eingeführt: im Anfang benutzte man Sublimat, jetzt hauptsächlich Mercur. cyanat. in der Formel 1:100 aqu. destillat. Die jedesmalige Dosis beträgt 1 ccm. Die Injectionen werden täglich oder über den anderen Tag wiederholt, nach der Schwere des Falles. Zu einer Cur gehören für gewöhnlich 15—30 Injectionen.

Zur Injection genügen die gewöhnlichen sterilisirbaren Spritzen, wie man sie zur subcutanen gebraucht. Spritzen und Stahlnadeln werden ausgekocht in 3proc. Sodalösung, zur Vornahme kann man jede sichtbare Vene nehmen: oft ist eine Bindeneinwicklung nöthig, um die Vene deutlich zu machen. Die Reinigung der Haut geschieht durch Watte und Alkohol. Man sticht die Nadel senkrecht ein, richtet dann die Spitze so nach der Wurzel des Gliedes, dass sie in der Vene fest sitzt, entfernt darauf die Spritze an der Nadel, um sich an dem Blutaustritt aus der Nadel zu versichern, dass man in der Vene sich befindet, löst die das Gefäss comprimirende Binde und spritzt ein. Der Kranke hat den Stich durch die Haut gefühlt: er fühlt aber nichts von der Einspritzung selbst. Einige Secunden wartet man, ehe man die Nadel entfernt, damit das Blut bis dahin die injicirte Flüssigkeit hinweggespült hat. Collodium auf der Stichstelle anzubringen, ist nicht nöthig.

Macht die Injection selbst Schmerzen, so ist der Inhalt in das Zellgewebe gerathen, entweder durch Vorbeistechen an dem Gefäss oder dadurch, dass man durch die Vene hindurch gestochen hat. In der richtigen Weise gemacht, sind die intravenösen Injectionen eine so einfache und schmerzlose Operation, dass die meisten Kranken sie sogar den Einreibungen vorziehen.

Hager-Magdeburg-N.

Vereins- und Congressberichte.

70. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte

in Düsseldorf vom 19 bis 24. September.

Abtheilung für Dermatologie und Syphilis.

III. Sitzung am 20. September, Nachmittags 3 Uhr.

Vorsitzender: Schütz-Frankfurt.

Referent: Dr. P. Meissner-Berlin.

Der Vorsitzende ertheilt das Wort an

Herrn **Albers**-Schönberg-Hamburg: **Ueber die Behandlung des Lupus und des chronischen Ekzems mit Röntgenstrahlen.**

Der Vortragende gibt zunächst eine kurze Uebersicht über die bisher in dieser Richtung veröffentlichte Literatur und bemerkt dabei, dass man bei der Beurtheilung therapeutischer Erfolge mit Röntgenstrahlen ganz besonders skeptisch sein müsse, um nicht Gefahr zu laufen, sich selbst argen Täuschungen hinzugeben. Die von ihm in Gemeinschaft mit Herrn Dr. Deycke angestellten Versuche wurden vor Allem durch die günstigen Resultate, welche Kümmell am Allgemeinen Krankenhaus in Hamburg erzielte, veranlasst. Zunächst gibt Redner eine genaue Darstellung der Befunde, welche bei der Bestrahlung der gesunden Haut durch Röntgenstrahlen erzielt werden. Es tritt zunächst eine gelbliche Verfärbung, sodann eine Röthung auf, welche sehr bald das Bild einer Entzündung zeigt. Es beginnen Excoriationen, welche an Ausdehnung immer mehr zunehmen. Allmählich tritt Heilung ein, es bildet sich eine neue, sehr zarte Epidermis, ohne dass Narben zurückbleiben. Die histologischen Verhältnisse wurden von Unna festgestellt und zwar zeigte sich auffallender Weise, dass die elastischen Fasern sich mit den gewöhnlichen Methoden nicht färben liessen, obwohl das mit einer besonderen Färbung gelang, ausserdem fand sich eine Ablagerung von Pigment in den obersten Schichten der Cutis.

Die Erfahrungen bei Lupus waren sehr günstige und entsprachen ganz den Angaben Schiff's. Es trat erst reactive Röthung, dann Reinigung und Abheilung der Geschwüre ein, die Knötchen traten deutlich hervor, schliesslich ging der ganze Process zurück und es resultirte eine glatte weisse, völlig lupusfreie Haut.

Durch diesen guten Erfolg ermuthigt wandte sich der Redner anderen Hauterkrankungen zu, zunächst gelang die Verheilung eines chronischen Unterschenkelekzems in 2 Fällen sehr gut, sodann wurde ein impetiginöses Ekzem bei einem Knaben in Angriff genommen, welches bisher allen therapeutischen Bestrebungen getrotzt hatte. Schon nach 20 Minuten hörte die bestrahlte Stelle auf zu nässen und wurde in wenigen Tagen zur Heilung gebracht. Es gelang so in 3 Fällen, in ganz kurzer Zeit eine anstandslose Heilung zu erzielen. Zum Schluss geht Redner auf die von ihm angewandte Technik der Bestrahlung ein und warnt davor, zu energische Bestrahlungen vorzunehmen. Bei auftretender Reizung soll die Behandlung sofort unterbrochen werden. Diese therapeutische Methode muss durchaus individualisirt werden, schematisches Vorgehen ist hier mit grossen Gefahren verknüpft.

Da sich an diesen Vortrag keine Discussion anschliesst, so ertheilt der Vorsitzende das Wort an

Herrn **Schuster**-Aachen: **Ueber die Einreibungscur.**

Die Einreibungscur ist eine die Verdauungsorgane lange Zeit schonende, schmerzlose und dennoch sicher wirkende Cur. Ueber die Zeit, wann, die Art und Weise, wie dieselbe anzuwenden sei, gehen die Ansichten in neuester Zeit sehr auseinander. Was die erstere Frage angeht, so ist die Einreibungscur, für den Fall, dass Quecksilber überhaupt durch die Haut in die Säftemasse geht, überall da berechtigt, wo überhaupt der Gebrauch des Hg in Frage kommt. Was die zweite Frage betrifft, so galt bis jetzt die von Sigmund vorgeschriebene Cur, wonach die Salbe 15—20 Minuten verrieben wird, damit sie in die Haut, in die Follikel eindringe, von wo sie entweder durch Oxydationsvorgänge oder in Gasform in die Säfte übergehe. Dabei wurde grosses Gewicht auf gute frische Luft, Reinigung des Mundes, gute Ernährung etc. gelegt. In neuester Zeit hat Neisser den Satz aufgestellt: Die Einreibungscur ist nichts anderes als eine Lungenathmungscur, die Haut als solche nimmt nichts auf. Es ist daher gleichgiltig, ob 1 oder 15 Minuten, ob die Haut oder ein Lappen eingerieben wird, wenn der letztere nur bei eng geschlossenen Kleidern auf dem Leib getragen wird. Am besten bleibe der Behandelte mit Ausnahme zweier Stunden in der ruhigen Zimmerluft um die Quecksilberdünste einzuathmen.

Diese und ähnliche weitere Folgerungen sind rückschrittlicher Art. Herr Neisser hat den Nachweis nicht erbracht, dass die Haut gar nichts, die Lunge Alles aufnehme. Die Haut ist auch ein Athmungsorgan, sie athmet aus, sie athmet aber auch ein, wie das Brock-Charlottenburg in seiner neuesten Arbeit über die Resorptionsfähigkeit der Haut für Jodgase sicher nachgewiesen hat. Das Quecksilber verdunstet bei jeder Temperatur, natürlich besonders bei der Verreibung auf der warmen Haut, nach innen sowohl, wie nach aussen. Wärterpersonal, welche täglich stundenlang Quecksilber mit der blossen Hand einmassirten, zeigten nur Spuren von Hg im Harn, sie haben also, obwohl sie in der günstigsten Situation waren, nur wenig mit den Lungen aufgenommen. Es soll darum die Aufnahmemöglichkeit durch die Lungen nicht geleugnet werden, jedoch das meiste wird durch die Haut aufgenommen. Den Einreibungen voraufgehende warme Bäder können die Resultate günstiger gestalten. Es gibt allerdings auch Fälle, wo trotz regelrechter Einreibung fast gar kein Quecksilber aufgenommen wird. Hier bieten die Injectionscuren guten Ersatz. Der Speichelfluss ist keine Nothwendigkeit bei Sättigung des Organismus mit Hg. Seine Ursachen sind noch nicht ganz klar. Von den Ersatzpräparaten für die graue Salbe hat sich dem Redner die von der Firma Nennert und Schmidt hergestellte Mercurnatronseife am besten bewährt, dieselbe enthält 33⅓ Proc. Hg.

Herr Loewenhardt-Breslau glaubt, dass derartige Fragen nur auf dem Wege exacter Versuche entschieden werden können und nicht durch Raisonnement. Die Ansichten Neisser's über die Aufnahme von Hydrargyrum durch die Athmungsorgane stütze sich nicht nur auf die Ansichten alter Aerzte, dass eine Schmiercur am besten anschlage bei Zimmeraufenthalt, sondern auch auf die Untersuchungen über die Verhältnisse der Resorption von Hg durch die Lungen.

Herr Schuster-Aachen glaubt, dass bei der erwähnten Situation der Masseure eine Aufnahme durch die Lungen hätte in hohem Maasse stattfinden müssen, wenn eine solche überhaupt zu Stande käme.

Herr Meissner-Berlin ist der Ansicht, dass die Einathmung des auf der Haut verriebenen Quecksilbers quantitativ bedeutend überschätzt wird. Andererseits erscheint es ihm nicht wahrscheinlich, dass die Aufnahme durch die Haut nur auf dem Wege der

Vergasung erfolgen solle, er glaubt vielmehr, dass auch metallisches Quecksilber zur Aufnahme gelangt. Den Schwefelbädern als solchen irgend welche therapeutische Bedeutung beilegen zu wollen, hält Redner für ganz falsch, die Schwefelbäder sind hier nichts als heisse Bäder und wirken als solche, aber eine die Ausscheidung des Hg begünstigende Eigenschaft kommt ihnen nicht zu.

Herr Schuster-Aachen hat über die Wirkung der Schwefelbäder als solche keine Erfahrung, er glaubt aber annehmen zu dürfen, dass bei der Einreibung das Hg bis auf den Grund der Follikel gebracht wird und dort verdunstet und dieser Quecksilberdunst von dem feuchten Gewebe aufgenommen wird.

Hiermit schliesst die Nachmittagssitzung.

Da der Mittwoch der allgemeinen Sitzung der medicinischen Hauptgruppe gewidmet ist, fallen an diesem Tage die Sitzungen der Section aus.

IV. Sitzung am 22. September, Vormittags 9 Uhr.

Vorsitzender: Kollmann-Leipzig.

Es erhält das Wort Herr **Loewenhardt**-Breslau: **Zur Endoskopie.**

Vortragender hat sich durch die nicht zu leugnende Schwierigkeit der Endoskopie der Urethra posterior veranlasst gesehen, nach einem diesem speciellen Zweck dienenden Instrument zu suchen. Er hat ein solches Instrument construirt und seit längerer Zeit im Gebrauch mit recht gutem Erfolg. Das Endoskop besteht aus einem dünnen, katheterartig gekrümmten Metallrohr, dessen Fenster derart angebracht ist, dass man von dem Oculartheil aus in gerader Richtung hindurchsehen und auch Instrumente einführen kann. Am geschlossenen Ende dieses Katheters ist im Inneren eine kleine Glühlampe angebracht, welche die in dem Fenster erscheinenden Partien der Schleimhaut recht gut beleuchtet. Da die Lichtquelle sich nicht in dem geraden Tubus befindet, hindert sie nicht bei Einführung von Instrumenten, andererseits kann nicht durch ein eingeführtes Instrument, wie bei dem Casper'schen Endoskop, der vom Prisma her kommende Lichtstrahl verdunkelt werden. Redner empfiehlt dieses Instrument zur Vornahme kleiner Eingriffe, Passiren von engen Stricturen, ja es hat ihm auch bei der Cystoskopie gute Dienste geleistet.

Ferner hat der Vortragende versucht, bei einem anderen Instrument die Lichtquelle ganz ausserhalb des einzuführenden Tubus zu legen. Er bedient sich dazu des Princips der Totalreflexion des Lichtes in Glasstäben. Ein zugleich als Handgriff dienender und entsprechend gekrümmter Glasstab ist an ein Glasendoskop derart angeschmolzeu, dass die Strahlen einer starken, am unteren Ende des Glasstabes angebrachten verdeckten Glühlampe durch Totalreflexion bis an das distale Ende des Glastubus gelangen und hier die Schleimhaut vollkommen genügend beleuchten, um kleinere Eingriffe zu ermöglichen.

Herr Kollmann-Leipzig fragt an, ob das zuerst beschriebene Endoskop auch zur Exploration der oberen Harnröhrenwand dienen könne.

Herr Loewenhardt-Breslau hat die obere Harnröhrenwand niemals damit beleuchten können, da die Katheterkrümmung viel zu stark ist, um ein Umdrehen zu gestatten.

Herr Frank-Berlin hat bei dem Oberländer'schen Endoskop fast niemals eine Behinderung durch das Platinlicht selbst bei instrumentellen Eingriffen wahrnehmen können.

Der Vorsitzende ertheilt ferner das Wort an Herrn **Loewenhardt**-Breslau zu seinem Vortrage: **Ueber die Pathologie und Therapie der gonorrhoischen Gelenkerkrankungen.**

Nach dem heutigen Stand unserer Kenntnisse von der Biologie des Gonococcus, der Wirkung und Herkunft seiner Toxine sind wir berechtigt, eine gonorrhoische Allgemeinerkrankung in Form des gonorrhoischen Gelenkrheumatismus anzunehmen. Wir wissen, dass der Gonococcus nicht allein auf der Schleimhaut seine Wirkung entfalten kann, wir kennen Muskelaffectionen, Herzerkrankungen, Affectionen des Centralnervensystems. Wir wissen auch, dass diese Metastasenbildung durchaus nicht genitale Gonorrhoe voraussetzt, sondern dass auch bei extragenitalen Infectionen Aehnliches vorkommt. Es steht fest, dass der gonorrhoische Process besonders und in höherem Grade geeignet ist, in der Synovialis Veränderungen und Granulationsvorgänge anzuregen, welche zu einer Fixirung des Gelenkes führen können. Die Patienten machen durchaus den Eindruck allgemein erkrankter Individuen. Aber es gibt unter den Metastasen auch gewisse Prädilectionsstellen. Wir finden die Bilder typischer monarticulärer, chronisch verlaufender, oft zur Ankylose führender Gelenkentzündung. Auch die Fiebercurve ist eine typische, bei der Invasion starkes Ansteigen, dann Abfall und trotz des Weiterbestehens der Gelenkerkrankung völlige Apyrexie.

Die Behandlung hat sich in eine locale und in eine allgemeine zu theilen. Es handelt sich im Wesentlichen um chemische, thermische und mechanische Methoden. Redner gibt innerlich eine Mischung von Salol und Oleum santali in Gelatinekapseln 3mal täglich $\widehat{aa}$ 0,3 bis 0,6. Die Uretralgonorrhoe während einer Gelenkaffection nicht zu behandeln hält Redner für falsch, nur hüte man sich vor heftigem, irritirenden Eingriff. Das Gelenkleiden erfordert meistens die üblichen chirurgischen Maassnahmen. Ruhestellung, Fixation, hydropathische Umschläge. Gipsverbände sind zu verwerfen. Ergüsse, welche keine Neigung zum Zurückgehen haben, sollen rücksichtslos punctirt werden. Die Massage und die Pendelapparate leisten ganz Hervorragendes bei der nöthigen Geduld und Ausdauer in der Behandlung. Ein wichtiges therapeutisches Mittel ist die Anwendung hoher Hitzegrade. Sie werden in Form von Sandbädern, natürlich heissen Quellen etc. verabreicht. Seit 1895 verwendet Vortragender einen Heissluftapparat mit bestem Erfolg. Der Apparat ist höchst einfach gebaut, nicht theuer und ermöglicht es, jedes Gelenk, ohne den Patienten aus seiner Ruhelage zu bringen, mit Wärmegraden von 100 bis 150 zu behandeln. Die Wirkung ist in allererster Linie in überraschender Weise schmerzstillend. Der Zurückgang der Processe ist evident, wohl beruhend auf der hohen Empfindlichkeit der Gonococcen gegen Wärme. Der von Tallermann angegebene Apparat leistet nicht im Entferntesten das was dieser Apparat leistet, kostet eine enorm hohe Licenz und macht den Eindruck, als ob es sich mehr um ein mercantiles Unternehmen handele, wie um eine therapeutischen Zwecken dienende Vorrichtung.

Herr Schuster-Aachen fragt an, ob bei der Applicirung der Wärme auf ein Gelenk die anderen erkrankten Gelenke ebenfalls beeinflusst würden Er selbst hat schon seit längerer Zeit tägliche heisse Bäder von 40 bis 42° mit gutem Erfolge angewendet. Im Jahre 1868 hat Redner eine Arbeit in Virchow's Archiv veröffentlicht über die Einwirkung von warmen Bädern auf die Temperatur des Blutes. Es ergab sich damals, dass die Temperatur des Blutes nicht nur die des Bades erreicht, sondern noch über diese hinausgehen kann. Redner glaubt also, dass eine directe Abtödtung der Gonococcen durch das erhitzte Blut stattfinde.

Herr Löwenhardt-Breslau bestätigt, dass bei Behandlung eines Gelenkes auch die anderen günstig beeinflusst werden. Er hebt noch hervor, dass selbst bei Application sehr hoher Hitzegrade eine Verbrennung der Haut nicht eintritt.

Herr Schuster-Aachen betont die Bedeutung dieser Wärmebehandlung bei der Therapie der Urethralgonorrhoe und hebt hervor, dass er bei fast allen gonorrhoischen Gelenkerkrankungen noch die Reste einer Urethritis post. mit Gonococcenbefund habe constatiren können.

Herr Frank-Berlin fragt an, ob der Vortragende Erfahrungen über die Einwirkung der Wärme auf acute gonorrhoische Epididymitiden habe.

Herr Löwenhardt-Breslau verneint dieses.

Herr **Stern**-Düsseldorf stellt einen Patienten vor, welchen er wegen einer **elephantiastischen Bildung des Scrotums** operirt hat. Auch der Penis zeigt ähnliche Veränderungen und soll in einer späteren Sitzung operirt werden. Die Aetiologie ist dunkel. Ferner zeigt Redner Photogramme einer Patientin, welche mit der Diagnose Carcinom der Oberlippe zu ihm geschickt wurde, es wurde aber die Diagnose Lues gestellt und durch die eingeleitete Therapie in kurzer Zeit glänzend bestätigt.

Herr Kollmann-Leipzig berichtet im Anschluss daran über einen von ihm beobachteten Fall, welcher klinisch das Bild kolossaler Tumoren, aus Molluscum contagiosum bestehend, darstellte, über dessen Aetiologie aber Näheres nicht eruirt werden konnte.

Herr Schuster-Aachen sah einen dem vorgestellten ähnlichen Fall von stabilem Oedem des Penis, welches allen therapeutischen Maassnahmen gegenüber unverändert blieb.

Herr **Frank**-Berlin hält eine kurze Demonstration über verschiedene Arten von **Nelatonkathetern.** Redner hat dieselben in Gemeinschaft mit Posner auf Zugelasticität geprüft, und ist zu dem Resultat gekommen, dass die Fabrikate ungemein verschieden sind und sehr oft von der jeweiligen Gummiernte abhängen. Am besten haben sich ihm die Fabrikate der Firma Jacques bewährt. Er zeigt dann noch einige von der Firma Rüsch in Cannstatt angefertigte Führungssonden, welche bei einmaligem Gebrauch abbrachen Er zieht für diese Zwecke unbedingt französische Marken vor, während nach seinen mikroskopischen Untersuchungen die elastischen Bougies von Rüsch weit besser sind als alle französischen und besonders russischen Fabrikate.

Hiermit schliesst die Thätigkeit der Section.

(Berliner medicinische Gesellschaft siehe S. 1455.)

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 1. November 1898.

Vorsitzender: Herr Rumpf.

I. **Demonstrationen**:

1. Herr **Fürst** stellt einen Fall von **Fischvergiftung** vor. Erkrankung im Anschluss an den Genuss von Sardellen. Stürmisches Einsetzen schwerer Erscheinungen, die an Atropinvergiftung erinnerten: hohes Fieber, Kopfschmerz, Meteorismus, Milztumor, Obstruction, Delirien, Schweisse, Hauthaemorrhagien, Herzschwäche, Gaumensegel-, Accommodations- und Facialisparese. 14tägiges Anhalten der stürmischen Erscheinungen, dann langsame Reconvalescenz.

2. Herr **Matthaei** demonstrirt ein Dermoid, das er einer 46jährigen kyphoskoliotischen Herzkranken, bei der eine Narkose contraindicirt war, mit Schleich'scher Anaesthesie exstirpirt hat. Er betont die relative Empfindungslosigkeit des Peritoneums auf sanfte Berührung.

II. Discussion über den Vortrag des Herrn **Franke: Ueber Pemphigus und essentielle Schrumpfung der Bindehaut.**

Herren Thost, Delbanco, Pluder, Deutschmann, Franke.

III. Vortrag des Herrn **Liebrecht: Ueber das Wesen der Pupillarreaction und ihre diagnostische Bedeutung.**

Zu kurzem Referat ungeeignet. Werner.

Biologische Abtheilung des ärztlichen Vereins Hamburg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 11. October 1898.

Vorsitzender: Herr E. Fraenkel. Schriftführer: Herr Lochte.

Herr **Simmonds: Ueber primären Leberkrebs.**

Während die secundäre Carcinose der Leber zu den häufigsten Vorkommnissen zu zählen ist, begegnet man dem primären Krebs dieses Organs nur äusserst selten. 3 Formen sind es, unter denen das primäre Carcinom sich hier zeigt. Einmal, und das ist wohl die häufigste Form, als sogenanntes multiples Adenom oder Adenocarcinom, das in der Regel in Gesellschaft der Cirrhose zur Beobachtung gelangt. Die zweite Form soll unter dem Bilde einer gleichmässig durch das ganze Organ verbreiteten derben carcinomatösen Infiltration auftreten. Diese von den Autoren nicht ganz übereinstimmend geschilderte Form hat Vortragender bisher nicht gesehen. Die dritte Form bilden mächtige solitäre Krebsgeschwülste, die in der Regel im rechten Lappen sitzen, bisweilen in der Umgebung kleinere secundäre Knollen zeigen, weitere Metastasen indess der Regel nach nicht machen.

Ueber einen derartigen Fall berichtet Vortragender. Ein 43jähriger Mann hatte Anfangs über Druck im Epigastrium und Appetitmangel geklagt, ohne dass am Abdomen etwas nachgewiesen werden konnte. 4 Wochen später stellte er sich in kachektischem Zustande mit starkem Ascites und Knollenbildung in der Peritonealhöhle vor und ging dann rasch zu Grunde, ohne dass Symptome von Seiten der Leber zur Beobachtung kamen. Bei der Autopsie fand sich das ganze Peritoneum dicht besät mit grossen Knoten. In der Lunge waren ein paar kleine Metastasen zu finden, die Mesenterialdrüsen waren krebsig infiltrirt, im rechten Leberlappen sass ein erbsengrosser Knoten. Der linke Lappen enthielt dagegen einen 2 Faust grossen derben grauweissen Tumor, der mit der Porta nicht in Verbindung war und an seiner Peripherie vielfach kleinere Knollen zeigte. Sonst waren alle Unterleibsorgane absolut frei. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab die Anwesenheit von zahllosen lumenhaltigen, mit Cylinderepithel ausgekleideten Canälen in einem zellreichen Bindegewebe.

Es handelte sich demnach um ein primäres, von kleinen Gallenwegen ausgehendes Carcinom der Leber. Klinische Erscheinungen hatte der Tumor erst hervorgerufen, als er zu einer mächtigen Aussaat auf dem Peritoneum Anlass gegeben hatte. Es bleibt in diesen wie in ähnlichen Fällen die Frage offen, ob das Carcinom sich direct als solches entwickelt hat oder ob dasselbe aus einem der bisweilen anzutreffenden solitären Gallengangsadenome entstanden ist.

Herr E. Fraenkel: Die primären malignen Tumoren der Leber, sowohl Carcinome wie Sarkome, gehören zu den Seltenheiten. Vor einigen Jahren kam ein Fall mit Wirbelmetastasen zur Section, in welchem es sich um einen Process handelte, den man als knotige Hyperplasie der Leber aufzufassen genöthigt war, also um einen sonst gutartigen Process. Die Leberstructur war in den Knoten nicht mehr vorhanden. Die Zellen hatten nur ein gigantenhaftes Aussehen und zur Metastasenbildung Anlass gegeben.

Herr Simmonds: Man trifft oft in derselben Leber neben multiplen Adenomen mit tubulärem Bau auch Gebilde, die völlig der knotigen Hyperplasie gleichen, so dass eine scharfe Abgrenzung zwischen beiden nicht immer möglich ist. Nun brechen bisweilen die Adenome in Venen durch und können dann zu Metastasen in anderen Organen Anlass geben. Dass bei einfacher multipler knotiger Hyperplasie der Leber Metastasen in anderen Körpertheilen beobachtet worden sind, sei ihm nicht bekannt. Er fragt Herrn Fraenkel, ob in seinem Falle ein Durchbruch in die Venen constatirt worden.

Herr E. Fraenkel: Von Adenombildung war nichts nachzuweisen. Es handelte sich lediglich um die genannten Veränderungen. In der Leber kommen gleichzeitig Neubildungen vor, die von den Gallengängen und von den Leberzellen ihren Ausgang nehmen, und die sich histologisch nicht ohne Weiteres differenziren lassen. Auch an den kleinsten Tumoren war nichts nachzuweisen, als eine nicht ganz regelmässige Anhäufung von an Leberzellen erinnernden Elementen.

Herr Liebermann demonstrirt die **Röhrenknochen eines hereditär-syphilitischen Neugeborenen**, die kürzlich im Eppendorfer Krankenhause gewonnen wurden.

Man kann schon makroskopisch an ihnen alle die verschiedenen Stadien der Osteochondritis syphilitica erkennen, wie sie Wegner in seiner 1870 in Virchow's Archiv erschienenen Arbeit beschrieben hat:

die Unregelmässigkeit der normaler Weise scharf gezogenen Epi-Diaphysengrenze, dann die Verbreiterung der provisorischen Verkalkungszone, weiter das herdweise Auftreten von weichem, grauröthlichem Granulationsgewebe in oder wenig unterhalb dieser Grenze, das schliesslich zur völligen Epiphysenlösung führt, wenn es die ganze Breite des Knochens einnimmt.

Im vorliegenden Falle ist die linke Körperhälfte stärker befallen, als die rechte, die oberen Extremitäten sind erheblicher betroffen, als die unteren, am weitesten ist der Process an der unteren Epiphyse des linken Humerus gediehen. Hier konnte auch bereits intra vitam die Epiphysenlösung diagnosticirt werden.

Vom distalen Ende des linken Radius sind mikroskopische Untersuchungen angestellt; als auffallendste Veränderungen ergaben sich hiebei:

Vom Reihenknorpel sind nur ganz vereinzelte Reste erhalten, die Reihenbildung ist etwas unregelmässig, die Zellen liegen dicht gedrängt und zeigen gegen die Diaphyse immer ausgesprochenere degenerative Veränderungen, um allmählich in ein zellarmes Bindegewebe überzugehen, das zwischen den Knorpel und darunter liegendes Granulationsgewebe eingeschoben ist. Dies Granulationsgewebe nun ist durch einen bedeutenden Reichthum an jungen Gefässen und an Riesenzellen ausgezeichnet.

Nach Wegner beginnt die Osteochondritis syphilitica mit einer starken Proliferation der sich richtenden Knorpelzellen an der Grenze zwischen Epi- und Diaphyse, dann folgt eine schnelle und ergiebige Infiltration dieses gewucherten Knorpels mit Kalk, ohne dass es jedoch zur Ueberführung in osteoides Gewebe und Knochen kommt. Dann geht diese kalkinfiltrirte Zone wegen mangelhafter Ernährung zu Grunde und regt durch ihren Reiz als Fremdkörper zur Bildung von Granulationsgewebe an, um mit der Ausstossung des «Caput mortuum» zu enden.

Vortragender hält es für möglich, die Bildung der Granulationsgewebe auf eine der Chondritis synchrone Osteomyelitis zurückzuführen.

Der Ausgang der Erkrankung ist ein wechselnder, es kann zur Restitution durch bindegewebige Ausheilung des Herdes oder durch knorpelige Callusbildung seitens des Perichondriums kommen; da es sich aber um eine schwere Constitutionskrankheit handelt, gehen die Kinder zumeist zu Grunde.

Die Erkrankung ist meist combinirt mit einer ossificirenden Periostitis und bildet manchmal bei der Section (wie in diesem Fall) den einzigen Anhalt für congenitale Lues.

Herr Fraenkel bemerkt zunächst, dass die frischen, von Herrn Liebermann demonstrirten Knochen von einem Kinde stammen, bei welchem schon klinisch die Diagnose auf Epiphysenlösung und auf das dieser zu Grunde liegende Leiden der syphilitischen Osteochondritis gestellt worden war. Es war von dem behandelnden Arzt eine Ablösung der unteren Epiphyse des rechten Oberarms festgestellt und anatomisch bestätigt worden. An der Leiche wurde das Knochensystem soweit als möglich untersucht und dabei constatirt, dass der Process die Knochen nicht gleichmässig befallen hatte, so dass z. B. an beiden Radii die unteren Epiphysen das 3. Stadium der Erkrankung aufwiesen, das Vorhandensein einer breiten, zwischen Dia- und Epiphyse eingeschobenen weichen Granulationsschicht, während im Bereich der Capitula nahezu normale Befunde erhoben wurden. Aehnlich lagen die Verhältnisse an anderen Röhrenknochen. Die Rippen erwiesen sich in diesem Falle intact.

Was aus so schwer erkrankten Knochen weiterhin wird, erfährt man um desswillen nicht, weil die betreffenden Kinder meist ihrem schweren Grundleiden erliegen. In dieser Beziehung ist daher das eine der von Herrn Liebermann vorgelegten Sammlungspräparate von besonderem Interesse. Es entstammt einem 2½ Jahre alten Kinde und Sie sehen, dass hier an einem Femur im Bereich der osteochondritischen Zone der oberen Epiphyse eine Art cy-

stische Erweichung zu Stande gekommen ist, welche zur Bildung eines glattwandigen, bis in den Femurkopf sich erstreckenden Hohlraums geführt hat, der mit einer dünnschleimigen, haemorrhagisch gefärbten Flüssigkeit gefüllt war. An einzelnen Knochen dieses Falles überzeugen Sie sich weiter davon, dass es auch ohne die Entwicklung einer weichen Granulationsschicht zur Epiphysenlockerung kommen kann, indem sich der Zusammenhang zwischen Knochen und Knorpel innerhalb der stark verbreiterten, unregelmässig zackigen, ausgesprochen gelb gefärbten provisorischen Verkalkungszone dadurch lockert, dass sich innerhalb derselben regressive Veränderungen etabliren. In dem beregten Falle hatte sich die Erkrankung auch auf die Rippen ausgedehnt, was nach der Beobachtung von Fr. zu den Seltenheiten gehört. Fr. erwähnt, dass an den sich makroskopisch durch eine auffallend derbe, lederartige Beschaffenheit und den Mangel an Retraction auszeichnenden Lungen dieses Falles mikroskopisch das Bestehen einer ausgedehnten interstitiellen Pneumonie nachgewiesen wurde, wie wir sie durch Heller als häufigen Befund bei mit congenitaler Syphilis behafteten Kindern kennen gelernt haben.

Herr **Ferdinand Winkler-Wien: Ueber eigenthümliche tingible Kugeln in syphilitischen Producten.**

Die Gebilde, auf die ich Ihre Aufmerksamkeit lenken möchte, erheben nicht von vorneherein den Anspruch, als Erreger der Syphilis gelten zu wollen, wenn auch der Gedanke daran ausserordentlich verführerisch ist. Es handelt sich hier um kleine kugelige Gebilde, scharf abgegrenzt mit einem deutlichen Hofe und zumeist nur einem excentrisch liegenden hellen Flecke; dieser Innenfleck, der manchmal durch eine zarte Linie in zwei Abschnitte getheilt ist, stellt bei den kleineren Kugeln die einzige bis nun sichtbar zu machende Structur dar; hin und wieder findet man zwar etwas grössere Gebilde, in denen neben dem grösseren Flecke einige kleine helle Punkte zu sehen sind.

Man trifft diese Gebilde als regelmässigen Befund in allen syphilitischen und nur in syphilitischen Geweben und Gewebsproducten, freilich oft nur in geringer Zahl. Ich habe sie in Initialsklerosen, in Papeln, breiten Condylomen, in syphilitischen Lymphdrüsen und in Gummen gefunden, sowohl in dem Gewebsschnitte, als auch in dem auf Deckgläschen angetrockneten Gewebssafte. Um sie in dem Gewebssafte einer Initialsklerose nachzuweisen, darf man nicht die speckige Membran verwenden, man muss diese abheben und durch Druck auf den Infiltrationswall eine geringe Menge klarer Flüssigkeit herauspressen, die dann in der üblichen Weise auf Deckgläschen vertheilt und in Alkoholäther fixirt wird.

Die Methode zur Darstellung der Kugeln ist sehr einfach; man färbt in Thionin oder in Toluidinblau und entfärbt in Formalin, oder man färbt in polychromem Methylenblau und entfärbt mit Jodalkohol oder in Glycerinäthermischung. Um sie besser zu erkennen, ist es vortheilhaft, das Gewebe mit Orange oder mit Eosin zu färben.

Auch im Sperma luetischer Personen habe ich sie angetroffen; doch konnte ich sie hier nur in ungefärbten Präparaten erkennen; in gefärbten Präparaten war es mir bisher nicht möglich, sie von anderen Elementen zu unterscheiden.

Der Umstand, dass die fraglichen Gebilde bei der Beobachtung im ungefärbten Zustande und bei der Färbung mit polychromem Methylenblau mit nachfolgender Jodirung einen deutlichen Hof zeigen, könnte den Gedanken nahelegen, dass es sich um Blastomyceten handelt; doch habe ich bis nun für die wichtigste Eigenschaft der Blastomyceten, für die Sprossung, keinerlei Bilder zu Gesichte bekommen. Wenn es sich somit nicht um etwas Gewebsfremdes handelt, so ist die Frage zu beantworten, mit welchen Gewebselementen die Kugeln in Beziehung zu bringen sind.

Kerne sind es sicherlich nicht; alle Kerne in den Präparaten sind so deutlich zu sehen, dass man die Deutung der Gebilde als Kerne füglich ausschliessen kann. Anders steht es aber mit der Frage, ob es nicht Degenerationsproducte sind. Die Verwandtschaft der Gebilde mit Hyalin ist auszuschliessen; es gelingt unschwer, Präparate zu erhalten, in welchen die fraglichen Gebilde neben Hyalin gefärbt und durch ihren Farbenton leicht von einander zu erkennen sind, davon abgesehen, dass unsere Gebilde niemals in Haufen beisammen stehen. Mit den von Flemming in Lymphdrüsen beschriebenen tingiblen Körpern, deren Natur übrigens auch noch nicht klargestellt ist, haben diese Gebilde ebenfalls nichts zu thun. Es bleibt also nur die Annahme einer Kerndegeneration übrig. Für die Verwandtschaft mit Kernen spricht vielleicht auch die Affinität der Kugeln zu allen Kernfarbstoffen; aus diesem Grunde sind sie wohl bis nun der Aufmerksamkeit entgangen, und es gelingt erst durch eine elective Färbung, sie sichtbar zu machen. Es unterliegt auch keinem Zweifel, dass man gleichsam Uebergangsformen zwischen den Kernen und unseren tingiblen Kugeln zu finden vermag, welche sicherlich noch als Kerne anzusehen sind. Es ist die Vorstellung nicht abzuweisen, dass sich unter der Einwirkung des syphilitischen Virus eine Störung in der Chromatinbildung der Kerne geltend macht, und dass Theile der Chromatinsubstanz sich loslösen, kugelig zusammenballen und die Zelle verlassen, so dass sie frei im Gewebe auftreten. Der Befund, dass sich die tingiblen Kugeln zumeist in Lymphspalten und zuweilen in Blutgefässen finden, der vielleicht von einem Anhänger der Organismennatur dieser Gebilde für sich in Anspruch genommen werden dürfte, lässt sich damit wohl in Einklang bringen, da wir wissen, dass man nicht selten die Fortführung zerfallender Zelltheile auf dem Wege des Lymphstroms beobachten kann.

Herr Unna: Ich habe in den letzten Wochen Gelegenheit gehabt, mich an den Präparaten von Herrn Winkler eingehend über die von ihm gefundenen Körperchen in syphilitischen Producten zu orientiren und mir in bestimmten Richtungen eine Meinung über dieselben zu bilden. Ich stimme mit dem Vortragenden vollkommen darin überein, dass es weder Blastomyceten noch hyaline Producte der Bindegewebszellen sind. Gegen Blastomyceten sprechen in negativem Sinne der Mangel der charakteristischen Sprossungserscheinungen, in positivem Sinne das Verhalten gegenüber gewissen Doppelfärbungen, wobei Blastomyceten nicht reine einfache, sondern Mischfarben annehmen. Das Hyalin der Bindegewebszellen ist dadurch auszuschliessen, dass die Winkler'schen Körperchen eine bestimmte, wenn auch nicht überall gleich deutliche Structur zeigen, während die hyalinen Kugeln stets homogen sind; dass jene nur den kleineren von diesen an Grösse gleichen und nicht in so ganz verschiedenen Grössen und speciell nicht in so bedeutenden, ganzen Zellen an Grösse gleichkommenden Dimensionen vorkommen und dass sie endlich stets isolirt, nicht in Gruppen und besonders nicht intercellulär in Gruppen angetroffen werden.

Im Gegensatz zu diesen Bildungen sind Kernproducte und Kerndegenerationen nicht ebenso sicher auszuschliessen, wenn es sich auch weder um die bekannten Formen der Chromatolyse, Chromatotexis, noch um einfach verklumpte Mitosen handeln kann. Liegt ein Abkömmling von Kernen der Bindegewebszellen oder Leukocyten vor, so muss es sich um ein eigenthümliches, bisher nicht beschriebenes Product derselben von auffallend regelmässiger Structur handeln, dem ein besonderer Platz in der Histopathologie gehört.

Auf die Frage, ob es sich um eine specifisch syphilitische Bildung handelt, speciell um einen gewebsfremden Mikroorganismus, kann ich nicht eingehen, da mir vergleichende eigene Untersuchungen fehlen. Ich vermag diese Annahme nicht auszuschliessen, wenn ich sie auch nicht für sehr wahrscheinlich halte. Wenn zukünftige Untersuchungen ergeben sollten, dass die Winkler'schen Körperchen mit dem Syphiliskeim nichts zu thun haben, wohl aber mit dem syphilitischen Processe, so wären dieselben differentialdiagnostisch doch von grosser Wichtigkeit; aber selbst wenn sich herausstellen sollte, dass sie einem nur bei Syphilis besonders häufig auftretenden, auch sonst vorkommenden Kerndegenerationsprocesse angehören, so würden sie dennoch das Interesse eines jeden Pathologen erregen und ihre Auffindung und histologische Definition ein verdienstvolles Werk gewesen sein.

Herr Lochte erinnert an die Befunde von Döhle, dem es gelang, in syphilitischen Producten durch eine Färbung mit Haemotoxilin, Carbolfuchsin und Differenzirung mit Jod-Jodkalium roth gefärbte Kügelchen nachzuweisen. Gewiss würde es als ein differentialdiagnostischer Fortschritt anzusehen sein, wenn sich diese Gebilde stets in allen syphilitischen Geweben fänden. Bei Untersuchung einer Initialsklerose hat Herr L. derartige Gebilde bei einfacher Haematoxilinfärbung in grosser Menge gesehen. Dass es sich um Kunstproducte, Farbstoffniederschläge oder dergleichen handeln könne, hält Herr L. für ausgeschlossen, da die fraglichen Gebilde nur in der Sklerose, nicht in den angrenzenden Gewebstheilen anzutreffen waren. Bei Untersuchung einer zweiten Sklerose wurden dagegen diese Gebilde vermisst; dementsprechend ist die Frage nach ihrer Bedeutung noch eine offene.

Herr Fraenkel fragt, wie die Präparate fixirt seien und ist bei Abwesenheit syphilitischer Krankheitserscheinungen am Genitalapparate von dem Befunde der Gebilde im Sperma überrascht.

Herr Delbanco: Gegen die Deutung der fraglichen Gebilde, wie sie Vortragender entwickelt habe, spricht, dass in den Präparaten keine Uebergangsbilder zu sehen sind. Solche sind nicht zu entbehren, finden sich beispielsweise in jedem Material, das

für die Darstellung des Hyalins aus Bindegewebszellen zu verwerthen ist. Würde Herr Winkler Recht haben, so müsste es sich nicht nur um verändertes, verklumptes Chromatin, sondern auch um frei gewordenes, aus den Zellen ausgeschwemmtes Chromatin handeln. Die von Herrn Unna angezogene Arbeit von Pelagatti habe das Hyalin der Bindegewebszellen im Gewebe mit Blastomyceten verglichen, wie sie in Schnitten durch Culturen sich präsentiren. Hefe in Cultur und im Gewebe sei aber noch ein Unterschied. Redner habe selbst vor über Jahresfrist in der biologischen Section Präparate demonstrirt, welche von Abel gezüchtete Hefe im Gewebe zur Anschauung brachten. Ausführliche Mittheilungen über die Unterschiede von Hefe in Cultur und im Gewebe werde er später geben. Solche Unterschiede gehen auch schon aus den Arbeiten von Busse und Baschke hervor, dürfen keineswegs vernachlässigt werden, wolle man für die Deutung der ausgestellten Gebilde Hefe mit Sicherheit ausschliessen. Die äussere Aehnlichkeit, die nicht zum Wenigsten durch den Hof um die kugeligen Elemente und durch den hellen Fleck im Inneren derselben herbeigeführt werde, habe Herr Winkler schon betont; Redner enthält sich bezüglich der Natur der fraglichen Gebilde jeglichen Urtheils, gebe aber zu bedenken, dass Vortragender mit Material gearbeitet habe, welches äusserer Verunreinigung leicht zugänglich sei; sei doch die Mehrzahl der Primäraffecte ulcerirt. Schliesslich möchte Redner noch fragen, ob die ungefärbten Schnitte bezw. Gefrierschnitte und frisch zerzupftes Material mit concentrirten Laugen und Säuren behandelt worden sind, und ob die fraglichen Gebilde dabei sich resistent bewiesen haben.

Herr Winkler (Schlusswort): Die interessante Mittheilung des Herrn Lochte, dass er mit Haematoxylin ähnliche Gebilde in einer Initialklerose zu färben vermocht hat, lässt mich bedauern, dass ich seine Präparate nicht kenne; ich habe mit Haematoxylin nur eine Kernfärbung erzielt, die mit den angegebenen Methoden fast specifisch färbbaren Gebilde habe ich bei der Haematoxilinfärbung von den Kernen nicht differenziren können. Ob meine Gebilde mit den von Doehle beschriebenen, von ihm als Protozoen angesehenen Elementen irgend welche Aehnlichkeit haben, kann ich nach der von ihm ungenau angegebenen Darstellungsmethode nicht entscheiden, und meine an ihn gerichtete Bitte um genauere Angabe seines Verfahrens ist bis nun leider ohne Antwort geblieben. Herrn Fraenkel bitte ich zu bemerken, dass sich meine Mittheilungen nur auf Alkohol- und Müllerpräparate beziehen; über Formolpräparate habe ich keine Erfahrung; Osmiumfixirungen scheinen nicht geeignet zu sein. Bezüglich des Spermabefundes muss ich anerkennen, dass der Gedanke, die betreffenden Personen hätten eine Erkrankung der samenbereitenden und samenabführenden Organe gehabt, etwas sehr Bestechendes hat; doch möchte ich hervorheben, dass ein Befund von specifischen Gebilden im Sperma eigentlich nichts Auffallendes sein sollte, da an der Bedeutung der Spermaelemente für die Uebertragung des syphilitischen Processes kein Zweifel ist. — Herr Delbanco hat, wie ich glaube, mit gutem Recht auf die Aehnlichkeit der von mir demonstrirten Gebilde mit den Blastomyceten hingewiesen; doch ist es der Mangel an Sprossungsvorgängen, welcher mich davon abhält, sie mit Blastomyceten zu identificiren; in der That verhalten sie sich gegen Alkalien widerstandsfähiger als Kerne. Auch im fixirten Deckglaspräparate erweist sich die Behandlung mit Alkaliglycerin vor der Färbung als sehr zweckmässig. Herr Delbanco hat daran erinnert, dass die von mir demonstrirten Elemente sich nur in exulcerirten Geweben finden; ich möchte darauf bemerken, dass sie sich gerade in sklerotischen Lymphdrüsen in grösserer Zahl finden und hier leicht von den Kernen der Lymphocyten unterschieden werden können. — Herrn Unna bin ich für die liebenswürdige Anerkennung, die er meinen Präparaten zollt, und für die freundliche Bezeichnung der fraglichen Gebilde mit meinem Namen zu grossem Danke verpflichtet; es besagt für meine Arbeit nichts Geringes, wenn ein Mann von solcher Erfahrung die demonstrirten Körperchen als etwas bisher Unbekanntes bezeichnet. Was ihre Deutung betrifft, so gedenke ich, die für die fraglichen Elemente specifischen Färbungen an Schnitten durch Blastomycetentumoren zu versuchen, um die Beziehungen meiner Gebilde zu den Blastomyceten zu erkennen.

Herr **Wiesinger** demonstrirt ein 20 Pfd. schweres **Cystadenom des Ovariums**, in dessen Innern sich eine grosse mit Eiter gefüllte Höhle befindet. Dass es sich nicht um eiterähnlichen Inhalt einer Zerfallscyste handelt, sondern um wirklichen Eiter, wird mikroskopisch constatirt, auch wird in demselben Bacterium coli in Reinculturen nachgewiesen.

Bei der Operation der sehr cachectischen 45jähr. Frau war ausser dem Ovarialtumor ausgebreitete Peritonealtuberculose aufgefunden.

Für die Infection der Cyste sind 2 Wege denkbar, entweder Ueberwanderung vom Peritoneum auf dieselbe oder durch die Blutbahn.

Der erste Weg ist kaum wahrscheinlich bei der Lage der Eiterhöhle in der Mitte der unverletzten Geschwulst und bei dem Fehlen von Störungen im Darmtractus, die die Ueberwanderung von Infectionsstoffen erklären könnten. Die haematogene Infection ist wahrscheinlicher und wir müssen annehmen, dass ähnlich wie bei den seltenen Fällen von Vereiterung subcutaner Fracturen von irgend einer Stelle infectiöses Material in die Blutbahn eingetreten ist und hier in der Cyste einen Locus min. resist. gefunden hat.

Der Schwächezustand der Kranken, verbunden mit der Neigung solcher Cysten zum Zerfall würde den Ort der Infection erklären.

Bei der Vereiterungen subcutaner Fracturen, deren ich zwei beobachtet habe, einmal am Oberschenkel und einmal an einer Rippe, liessen sich jedesmal Ulcerationen im Körper nachweisen, die als Ausgangspunkt der Infection angesprochen werden konnten auch in diesem Falle der Vereiterung des Ovarialtumors fanden sich bei der Section, bei dem 4 Wochen nach der Operation an fortschreitender Tuberculose erfolgten Tode, tuberculöse Ulcerationen im Darm, die als Quelle der Infection aufgefasst werden mussten.

Im Anschluss an dies Präparat demonstrirt W. ein **vereitertes grosses Myom des Uterus**. Der Tod war erfolgt durch Durchbruch des Eiters in die Bauchhöhle. Im Eiter der Bauchhöhle sowohl wie in dem des Myoms fanden sich Streptococcen in Reincultur.

In diesen Fällen ist ein 3. Weg der Infection denkbar, nämlich der von den Genitalien aus. Nachweisbar ist in diesem Falle dieser Weg nicht, da krankhafte Veränderungen an denselben fehlten.

Herr Delbanco fragt, ob für die Anwesenheit des Bacter. coli comm. in der vereiterten Ovarialcyste nicht vielleicht Darmstörungen in Frage kämen. Herr Wiesinger habe allerdings von solchen nichts mitgetheilt. Versuche von Posner und Lewin haben gezeigt, dass experimentell gesetzte leichte Stenosen des Darms schon genügen, um den Uebertritt des Bact. coli comm. in die ableitenden Harnwege zu erzwingen. Wo in dem angeführten Falle peritonitische Verwachsungen bestanden haben, liege die Möglichkeit doch nahe, dass irgend welche Störungen der Darmthätigkeit vorhanden gewesen sind.

Herr E. Fraenkel: Vereiterung sieht man häufig bei Dermoiden und bei Stieldrehung der Tumoren.

Ferner kann auf dem Wege der Lymphbahnen vom Genitaltractus aus eine Infection erfolgen.

Die Anwesenheit des Bact. coli in der Blutbahn ist ein so wenig harmloses Ereigniss, dass das wohl Erscheinungen gemacht haben würde; obgleich ein solcher Zusammenhang natürlich nicht ausgeschlossen ist.

Ferner soll man sich bei solchen Untersuchungen nicht auf die Cultur verlassen, sondern das Thierexperiment mit zu Rathe ziehen, da sich häufig auf diese Weise noch Keime entwickeln, die auf der Platte sonst nicht angehen.

Herr Wiesinger: Eine Stieldrehung des Tumors war nicht erfolgt, ebensowenig waren irgend welche Störungen im Verdauungstractus vorhanden, die eine Auswanderung des B. coli aus dem Darm in die Peritonealhöhle wahrscheinlich machen konnten. Es sind nur Culturen und Schnittpräparate untersucht worden, dabei hat sich nur B. coli gefunden. Man thut für diesen Fall doch wohl gut, eine haematogene Infection anzunehmen.

Herr Simmonds: Bei Beurtheilung des ersten Falles sei zu berücksichtigen, dass sich im Darm tuberculöse Ulcerationen fanden, von denen aus eine Aufnahme von Colibacillen in den Kreislauf möglich war. Für das Zustandekommen der Infection von Geschwülsten komme sicher auch die schlechtere Ernährung derselben in Betracht. Im ersten Falle vereiterte die Eierstocksgeschwulst bei einem decrepiden, tuberculösen Individuum, das verjauchte Uterusmyom gehörte einer alten Frau an mit starker Arteriosklerose. Hier erhielt man aus dem Tumor sowohl, wie aus dem peritonitischen Exsudat eine Reincultur von Streptococcen. Vortragender weist darauf hin, dass an keinem Organ so häufig und frühzeitig Arterienveränderungen angetroffen werden, wie gerade am Uterus und das erkläre vielleicht auch den öfter beobachteten Zerfall von Geschwülsten dieses Organs.

Es folgt der Vortrag des Herrn **Huldschiner: Zur Aetiologie der Blasengeschwülste bei Anilinarbeitern.**

Im Anschluss an 3 von Rehn beschriebene Fälle, in denen bei Arbeitern einer Anilinfabrik Blasentumoren entstanden waren, machte Professor Posner in Gemeinschaft mit dem Verfasser sich an die Aufgabe heran, experimentell zu untersuchen, ob die Beschäftigung mit der Anilinfarbenfabrication thatsächlich mit diesen Gefahren verbunden ist. Kaninchen wurden in einem geeigneten Apparate kurz dauernden, oft wiederholten Inhalationen von Anilin, Nitrobenzol und Toluidin ausgesetzt. Im Gegensatz zu den bei Menschen beobachteten Vergiftungssymptomen entstand weder Cyanose noch Haemoglobinurie, noch Albuminurie. Die Thiere erlagen einfach nach einigen Tagen unter dem Bilde einer Störung des Centralnervensystems. Doch wies das Blut eigenthümliche Veränderungen auf, indem es stark lichtbrechende, nach dem chemischen Nachweis als Anilin zu betrachtende Tröpfchen enthielt, die offenbar auch zu den zahlreichen kleinen Haemorrhagien in der Niere geführt hatten. Nebenbei Erscheinungen starker Anaemie. In einem Falle wurde Oxalurie beobachtet, die als Ausdruck einer durch die Einathmung des Anilin bedingten Oxydationshemmung zu betrachten ist.

Nach allen diesen Thatsachen ist die Frage nach der Schädlichkeit der Anilinfarbenfabrication für die Arbeiter zu bejahen. Einmal ist es wahrscheinlich, dass die reichliche und habituelle Ausscheidung des oxalsauren Kalks einen Reiz auf die Blasenwandungen ausüben kann, der zur Tumorenbildung führt. Andererseits aber sind auch die Veränderungen der Blutbeschaffenheit, wie sie bei chron. Anilinintoxication nachzuweisen sind, in diesem Sinne zu verwerthen. Die Umwandlung von Haemoglobin in Methaemoglobin, die Rehn verantwortlich machen zu müssen glaubt, war zunächst experimentell nicht hervorzurufen und kann aus dem Spiele bleiben. Die Arbeiter in Anilinfarbenfabriken sind durch entsprechende Vorsichtsmaassregeln vor der Einathmung der Anilin-, Nitrobenzol- und Toluidindämpfe zu bewahren.

Discussion: Herr Unna macht darauf aufmerksam, dass es sich in den angestellten Versuchen um acute, nicht um chronische Vergiftungen handelte. Liesse man die Thiere längere Zeit die Luft einathmen, so würde man vielleicht andersartige Veränderungen erreichen.

Dann möchte er darauf hinweisen, dass sich bei den Thieren eine relative Unschädlichkeit des Anilins ergeben hat, die ihm auffallend erscheint gegenüber der giftigen Wirkung beim Menschen. Herr U. hat einige acute Anilinvergiftungen beim Menschen gesehen und schreckt sehr davor zurück, das Anilin beim Menschen in irgend grösserer Ausdehnung anzuwenden. Die Anilinvergiftungen machten den Eindruck einer acuten Pyrogallolvergiftung. Der Puls war minimal, die Gesichtsfarbe cyanotisch, dazu schnell eintretende Ohnmachten.

Das Wichtigste ist der Nachweis der Oxalurie. Es würde also zu wünschen sein, dass nachgewiesen würde, ob in Anilinfabriken die Arbeiter chronisch oxalurisch sind und ob bei diesen gerade Blasengeschwülste vorkommen.

Herr Huldschiner, Schlusswort: Was den ersten von Herrn Unna erwähnten Punkt anlangt, so möchte ich betonen, dass wir mit den oft wiederholten, kurz dauernden Inhalationen dennoch eine chronische Intoxication setzten, indem sich die einzelnen Vergiftungen summirten und so zu einem dauernden Zustand der Anilinintoxication führen mussten. Zugleich ahmten wir auf diese Weise die Verhältnisse möglichst genau nach, denen die Arbeiter in Anilinfabriken ausgesetzt sind.

Dass wir bei unsern Versuchsthieren nie jene bei der Vergiftung vom Menschen oft beschriebene Cyanose gefunden haben, führen wir darauf zurück, dass wir, wie ich bereits in meinem Vortrag hervorgehoben, mit ganz reinen Substanzen arbeiteten, während in Fabrikbetrieben und auch bei medicamentösen Vergiftungen gewöhnlich Gemische verschiedener Theerproducte die deletäre Wirkung ausüben. Besonders gefährlich in dieser Hinsicht erscheint die Mischung von Anilin und Toluidin.

Allgemeiner ärztlicher Verein zu Köln.

(Bericht des Vereines.)

Sitzung vom 17. October 1898.

Vorsitzender: Herr Leichtenstern, später Herr Keller; Schriftführer: Herr Mies.

1. Herr Hoppe: Demonstration betreffend Argyrosis.

Herr Hoppe demonstrirt Präparate mit Abbildungen eines Falles von Silberverfärbung nach einer durch 6 Jahre täglich erfolgten Höllensteineinträufelung in's Auge. Die braunschwarze Färbung betrifft mit ziemlich scharfer Umgrenzung das medial-untere Drittel des Conjunctivalsackes, ferner die dicht getrübte Cornea und die Iris, während die Bindehaut der Lider und des Augapfels in den übrigen $^2/_3$ des Conjunctivalsackes nahezu ungefärbt blieb, als Zeichen, dass hier bei der angewendeten Art der Einträufelung (einfaches Fallenlassen eines Tropfens in den unteren Bindehautsack) das Collyrium fast ohne Einwirkung blieb.

Der mikroskopische Befund ergibt nahezu völliges Unbetheiligtsein der Epithelschicht, Schwarzfärbung der Maschen des subconjunctivalen Gewebes (elastische Fasern der Fascien und Gefässe), bewirkt durch völlige Incrustation der Fasern und der Kittsubstanz der Gefässmusculatur mit schwarzem Silberpigment, das ausserdem in kleinsten Körnchen und groben Schollen frei in den Geweben liegt.

2. Herr Leichtenstern: Ueber Cystitis und Harnblasengeschwülste bei Arbeitern in Farbwerken. (Der ausführliche Vortrag wird anderwärts publicirt werden.)

Grandhomme hat zuerst 1877 auf das Vorkommen von Strangurie und Haematurie bei acuter Anilinvergiftung hingewiesen und in der Folge alljährlich in seinen Jahresberichten über die Höchster Farbwerke diesbezügliche Fälle erwähnt.

Starck in Köln-Ehrenfeld lenkte sodann 1892 die Aufmerksamkeit auf das Toluidin. Zu einem schweren acuten Vergiftungsfalle stellte sich eine ausserordentlich intensive Strangurie und Haematurie ein. Sodann wies Rehn-Frankfurt beim Chirurgencongress 1895 auf das häufige Vorkommen von Strangurie und Haematurie bei Fuchsinarbeitern hin und theilte drei Fälle mit, wo sich bei derartigen Arbeitern Harnblasengeschwülste, ein apfelgrosses und ein taubeneigrosses Papillom und im dritten Falle ein schildförmiges Sarkom, schliesslich entwickelt hatten. Redner, welcher Gelegenheit hatte, nicht nur das häufige Vorkommen von Strangurie und Haematurie bei derartigen Arbeitern, sondern auch die Beobachtung Rehn's hinsichtlich des Auftretens von Harnblasengeschwülsten zu bestätigen, theilt ausführlich zwei derartige Fälle mit. Im zweiten Falle kam es zum tödtlichen Ausgang, nachdem sich sehr umfangreiche Tumoren, die sich mikroskopisch als reticuläres Sarkom erwiesen, entwickelt hatten. (Demonstration.) Es ergibt sich aus den bisherigen klinischen Erfahrungen die auch für die Prophylaxe wichtige Thatsache, dass die auf chemischer Harnblasenreizung beruhenden Erkrankungsformen, Strangurie, Haematurie und eventuell auch Blasengeschwülste, sich bisher ausschliesslich mit den Amidoproducten ereignet haben, mit dem Anilin = Amidobenzol, dem Toluidin = Amidotoluol, und wie Redner zuerst gezeigt hat, mit dem Amidonaphtalin = Naphtylamin.

Was Rehn's Beobachtungen über die analogen Erkrankungen der Fuchsinarbeiter anlangt, so ist das fertige Fuchsin ein harmloser Stoff. Sämmtliche Fälle Rehn's ereigneten sich in der Fuchsinschmelze, wo durch das Zusammenschmelzen von Anilin und Toluidin unter Sauerstoffaufnahme Fuchsin dargestellt wird. Die in diesen Fuchsinräumen wirkenden, harnblasenreizenden Stoffe sind somit Anilin und Toluidin, welche in genannter Richtung längst erkannt sind. Der prophylaktische Blick ist daher vorzugsweise auf die Reductionshallen zu richten, wo aus den betreffenden Nitroproducten durch nascirenden Wasserstoff die für die Harnblase gefährlichen Amidoproducte, Anilin, Toluidin und Naphthylamin dargestellt werden. Redner erörtert die für den Schutz der Arbeiter zu treffenden Maassregeln, verlangt ausgiebige Ventilation in den betreffenden, namentlich den Reductionsräumen, häufigen Wechsel der Arbeiter, event. kürzere Arbeitszeit, Entfernung jener Arbeiter, bei welchen sich die ersten Anzeichen von Harnblasenreizung bemerkbar machen, Belehrung der Arbeiter, strenge Aufsicht. Schliesslich weist Redner auf die prima vista befremdlich erscheinende Thatsache hin, dass alle bisherigen Erfahrungen über eine harnblasenreizende, Strangurie, Haematurie und Blasentumoren erzeugende Wirkung der in Rede stehenden Farbstoffe ausschliesslich aus der menschlichen Pathologie gewonnen worden sind, während die experimentelle Toxikologie, trotz ihrer diesbezüglichen reichhaltigen Literatur, niemals, auch nur mit einer Silbe derartige Erscheinungen seitens des harnleitenden Apparates bei den Versuchsthieren erwähnt. Abgesehen davon, dass die Strangurie beim Versuchsthier leicht einmal übersehen werden kann, ist zu berücksichtigen, dass bei Entstehung von Harnblasenbeschwerden des Menschen unter Einwirkung der in Rede stehenden Gifte die individuelle Disposition unzweifelhaft eine Rolle spielt. Eine gleiche individuelle Prädisposition dürfen wir aber auch wohl bei unseren Versuchsthieren voraussetzen, deren bisherige zu Versuchen mit Benzolderivaten verwendete Zahl zu den Tausenden von Arbeitern, die alljährlich in den Farbwerken thätig sind, in einem geradezu völlig verschwindenden Verhältniss steht. Es ist selbst nicht ausgeschlossen, dass die Harnblase der bisher zu Versuchen verwendeten Thierspecies sich überhaupt den bezüglichen chemischen Stoffen gegenüber refractär verhält, bestehen ja so oft fundamentale Unterschiede, was Giftwirkungen anlangt, zwischen Mensch und Thier.

Erörterung: Herr Steiner: Ich möchte mir an den Herrn Vortragenden die Frage erlauben, in welcher Form das aufgenommene Anilin im Harn wieder erscheint. Obgleich der Stoffwechsel, wie wir wissen, sowohl kräftiger Oxydationen, wie Reductionen fähig ist, so kann ich mir bei der festen Amidosubstanz, wie das Anilin es ist, die durch den Stoffwechsel etwa erzielte Veränderung nicht ableiten. Zugleich möchte ich für die experimentelle Toxikologie hier eine Lanze brechen, welcher der Herr Vortragende den Vorwurf gemacht hat, dass sie in dieser Frage nichts geleistet hätte. Das ist wohl richtig, aber bei allen den chronischen Vergiftungen, ich erinnere an Blei und Quecksilber, pflegten die Erfahrungen am Menschen jenen am Thiere vorauszugehen, weil

das Thierexperiment mit chronischen Vorgängen nur wenig zu rechnen pflegt.

Herr Leichtenstern: Anilin erscheint im Harn bald als Anilin, bald, wie Fr. Müller wahrscheinlich gemacht hat, zu Amidophenol oxydirt und an Aetherschwefelsäure gebunden. Hierauf beruht die bekannte Indophenolreaction zum Nachweis des Anilin. Die gleiche Reaction gibt auch Acetanilid = Antifebrin. Nitrobenzol erscheint im Harn als Nitrobenzol oder auch, wie Letheby und Eulenburg behaupten, zu Anilin reducirt Naphthalin erscheint als solches im Harn (Baumann und Herter) oder auch als Naphtol, das Hydroxyl- oder Dihydroxyl-Product des Naphthalins. Wie es sich mit dem Naphtylamin verhält, darüber existiren meines Wissens noch keine Untersuchungen.

Zum zweiten Punkt bemerke ich, dass ich von der experimentellen Toxikologie nicht erwartet habe, dass sie uns bei den Versuchsthieren die Entstehung von Harnblasentumoren hätte lehren sollen; denn das Thierexperiment, wie es bisher angestellt wurde, kann nichts aussagen über eine Geschwulstbildung, welche beim Menschen erst nach mehrmonatlicher Einwirkung der betreffenden Benzolderivate gelegentlich einmal, d. h. zweifellos sehr selten zur Beobachtung kommt. Nachdem aber Strangurie und Haematurie so ausserordentlich häufige Erscheinungen bei acuter Anilin-, Toluidin- und Naphtylamin-Vergiftung beim Menschen sind, erschien es mir, wie gesagt, befremdlich, dass die experimentelle Toxikologie hinsichtlich dieser bei acuter Vergiftung vorkommenden Symptome sich bisher vollständig ausgeschwiegen hat.

Aerztlicher Verein in Nürnberg.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 5. Mai 1898.

Vorsitzender: Herr Carl Koch.

1. Herr **P. Giulini** stellt einen Fall von **Serratuslähmung** bei einem 42jähr. Mann vor.

2. Herr **Scheidemandel** demonstrirt ein **Aneurysma der Carotis extern.**, wahrscheinlich entstanden durch eine Schrotschussverletzung.

3. Herr **Carl Koch** zeigt einen geheilten Fall von **Bauchaktinomykose**, ausgehend vom Wurmfortsatz.

4. Herr **Thorel** demonstrirt:

1. Das Präparat einer an der Oberfläche stark ulcerös zerfallenen und im Innern der Muskelsubstanz massenhaft **von Miliartuberkeln durchsetzten Zunge.** Kauterisationen derselben verschafften dem 38jähr. Phthisiker intra vitam eine erhebliche Erleichterung.

2. Einen **Ecchinococcus der Lunge**; derselbe befand sich im Unterlappen der linken Lunge, besass Wallnussgrösse und lag inmitten einer umfangreichen, stinkend gangraenösen Jauchehöhle, mit der Wandung dieser nur durch einzelne Spangen verbunden; eine zweite, halb hasselnussgrosse Blase fand sich im mittleren Abschnitt des gleichseitigen Oberlappens.

3. Einen Fall einer muthmaasslich **tuberculösen Dickdarmstenose.** Das Präparat entstammt einem 32jähr. Manne, der mehrfache, aber immer spontan wieder zurückgehende Ileuserscheinungen dargeboten und an eitriger Peritonitis in Folge Perityphlitis zu Grunde ging. Bei der Section fand sich im unteren Theil des Kolon descendens eine kaum für einen kleinen Finger passirbare Strictur; in der oberhalb dieser gelegenen, enorm dilatirten und hypertrophischen Darmpartie erheben sich von der narbig indurirten und vielfach noch geschwürig durchsetzten Schleimhaut mehrere langgestielte Polypen, welche korbartig einen in das enge stricturirte Lumen hineinhängenden hasselnussgrossen Kothstein umspannen. Innerhalb der Strictur selbst findet sich eine aus lauter einzelnen gestielten Polypen bestehende zottige Geschwulst; nach abwärts von der Strictur hängen massenhaft langgestielte, schwarzköpfige Polypen handschuhförmig in das Darmlumen hinein.

Im linken Oberlappen fand sich ein kleiner Kalkherd und umschriebene subacute Tuberculose. Die mikroskopische Untersuchung steht noch aus.

Es wird auf die Seltenheit tuberculöser Darmstricturen hingewiesen; in der Sammlung des Krankenhauses sind zwei Dünndärme mit multiplen (5 u. 8) tuberculösen Stricturen conservirt.

5. Herr **Neuberger: 1. Ueber Arsenikbehandlung bei Ekzem der Kinder. 2. Ueber die Assanirungsfrage der Prostitution.**

Rostocker Aerzteverein.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 9. Juli 1898.

Herr **Peppmüller** stellt eine 48jährige Patientin vor, die vor 14 Tagen von einem auswärtigen Collegen der Augenklinik zugewiesen wurde zwecks Entfernung des linken Bulbus wegen **bösartiger Neubildung.** Der Augenbefund war folgender:

Anamnestisch wurde zunächst nur ermittelt, dass die Frau seit Ostern ds. Js. im linken Auge Fremdkörpergefühl habe und eine allmählich zunehmende Röthung des Auges bemerkte, ohne dass Schmerzen auftraten. Das rechte Auge ist vollkommen normal bei voller Sehschärfe. Die Sehschärfe des linken Auges war ebenfalls annähernd normal (= 5/6).

Das Oberlid des linken Auges steht in leichter Ptosisstellung und kann nicht vollständig gehoben werden. Beweglichkeit des Bulbus nach allen Richtungen frei. In der Conjunctiva bulbi findet sich eine flächenhafte, hauptsächlich den inneren und oberen Theil der Hornhaut umgebende Geschwulst von röthlichgelber Farbe und derber Consistenz. Dieselbe ist durch kleine Furchen, in denen Blutgefässe verlaufen, in zahlreiche Felder getheilt und hat dadurch ein höckeriges Aussehen; auf der Sklera ist sie nur wenig verschieblich. Der Tumor reicht bis an den Limbus dicht heran, greift aber nicht auf die Cornea selbst über. Dagegen setzt er sich nach oben innen auf die obere Uebergangsfalte und die Conjunctiva palpebrarum fort. Ulcerationen sind nirgends vorhanden. Der Bulbus zeigt keinerlei Reizerscheinungen, speciell keine Injection in den nicht betroffenen Partien.

Diagnostisch kamen ausser Tuberculose und Lues nur Epitheliom und Sarkom und allenfalls noch Amyloid in Frage. Unter den vier von Sattler aufgestellten Formen der Tuberculose der Conjunctiva war höchstens diejenige in Betracht zu ziehen, die in Form von kleinen, zerstreuten Tumoren auftritt, da die anderen Formen meist in erster Linie das Lid betreffen und ausserdem gewöhnlich schnell exulceriren. Die vorliegende Geschwulst war jedoch eine ununterbrochen zusammenhängende und hatte schon desshalb mit der genannten Form der disseminirten Knötchen keine Aehnlichkeit. Syphilitische Neubildungen mussten a priori noch für unwahrscheinlicher gelten: Die auf der Conjunctiva bulbi beobachteten sind hauptsächlich papulöse Syphilide, die jedoch eigentlich nur als Theilerscheinungen eines allgemeinen papulösen Syphilids auftreten. Gummata pflegen schnell zu exulceriren, das dreimonatliche Bestehen würde also dagegen sprechen: Amyloid wurde durch die negativ ausfallende Amyloidreaction in dem später excidirten Stück ausgeschlossen. So blieb nur Sarkom und Epitheliom. Sarkome an diesen Stellen sind aber fast stets pigmentirt und mehr erhaben als flächenhaft. Mit Epitheliom war sowohl die Form, die Consistenz wie der Sitz der Geschwulst am besten in Einklang zu bringen. Das Fehlen der Ulceration passte auch gut für die am Bulbus vorkommenden Carcinome. Vermisst wurde nur ein Uebergreifen auf die Cornea.

Die darauf vorgenommene Untersuchung des übrigen Körpers förderte eine ganze Reihe pathologischer Erscheinungen zu Tage, von deren Bestehen die Patientin vorher nicht das Geringste verrathen hatte: Der rechte Arm steht in rechtwinkeliger Contracturstellung. Die Gegend des Ellenbogengelenkes, sowie ein Theil des Ober- und Unterarmes sind von weisslichen, mit leichtem Schorf bedeckten Narben eingenommen. Inmitten derselben einige geröthete, unregelmässig erhabene Partien, in welchen mehrere lochförmige, scharfrandige Geschwüre mit schmierigem Grunde liegen. Am Oberarm, wie am Unterarm scharfe Abgrenzung der betroffenen, gerötheten Partien gegen die normale Haut. Keine Fistelbildungen und keine Verwachsungen mit dem Knochen. Ueber der linken Mamma handtellergrosse, ganz oberflächliche, etwas strahlige, nicht verwachsene Narbe, eine etwas grössere über dem Manubrium sterni, die in der Gegend der Clavicula einige rothe Flecke, mit Schorfen bedeckt, zeigt; hier Verwachsung mit dem Knochen. Nach dem Hals hin einige mit der grossen Narbe zusammenhängende, Skrophuloderma-ähnliche Narben. Herz, Lungen normal. Milz nicht vergrössert, Cervicaldrüsen zu fühlen, sonst keine Lymphadenitis. Im Retropharyngealraum, mehr nach links gelegen, ein apfelgrosser Tumor, der die Rachenwand bis zum linken hinteren Gaumenbogen vorwölbt und in der Mitte einen gelblichen Punkt zeigt; keine Fluctuation. Wirbelsäule frei.

Die nun nochmals aufgenommene Anamnese stellte fest, dass die Geschwüre schon seit Jahren bestanden. Die Angaben der Zeit schwankten zwischen 7 und 20 Jahren. 1 mal Frühgeburt, 3 mal Aborte, kein lebendes Kind. Nie Husten und Schluckbeschwerden; Patientin will nicht abgemagert sein.

Die Diagnose dieser Körpererscheinungen schwankte zwischen Tuberculose und Lues. Hauttuberculose kann ja sehr lange bestehen, vorübergehend abheilen, ohne in die Tiefe fortzuschreiten. Der retropharyngeale Tumor wäre, da sich nirgends eine Erkrankung der Wirbelsäule nachweisen liess, nur als Senkungsabscess einer Lymphdrüse zu deuten bei Annahme einer Tuberculose. Durch Syphilis waren die Erscheinungen mindestens ebensogut, im Verein mit der Anamnese betreffend der Aborte sogar noch viel besser zu erklären.

Bezüglich des Tumors am Auge wurde ein Zusammenhang mit diesen übrigen Erscheinungen des Körpers zwar nicht für unmöglich, aber doch für höchst unwahrscheinlich erachtet, vielmehr nach wie vor an der Diagnose des Epithelioms festgehalten. Die darauf vorgenommene histologische Untersuchung der excidirten Stücke — sowohl vom Auge, wie vom Arm — ergab laut Mittheilung des Herrn Collegen Ricker zweifellose Tuberculose mit Verkäsung; allerdings wurden keine Bacillen gefunden.

Die eingeleitete Therapie bestand in einer Schmiercur und innerlichen Gaben von Jodkali; local wurde graue Salbe auf die Geschwürspartien gestrichen. Am 7. Tage nach der Aufnahme

wurde noch 1 mg des alten Koch'schen Tuberculins injicirt. Darauf trat keinerlei allgemeine und keine locale Reaction ein. Von dem excidirten Stück der Augengeschwulst wurde ein Theil in die vordere Augenkammer eines Kaninchens übertragen. Bis jetzt auch hier keinerlei Reaction. Doch ist nach Verlauf von 8 Tagen allerdings noch keine Wirkung zu erwarten.[1])

Der bisherige Verlauf der Krankheitserscheinungen ist nun der, dass nach Ablauf von noch nicht 14 Tagen seit Einleitung der Therapie der Tumor am Auge bis auf eine Unebenheit an der Uebergangsfalte fast völlig verschwunden ist, jedenfalls soweit, dass er heute als solcher nicht mehr zu demonstriren ist. Der retropharyngeale Tumor ist ebenfalls kleiner geworden, allerdings nicht in demselben Maasse, und die Hautgeschwüre sind sämmtlich mit Schorfen bedeckt, unter denen sich frische Granulationen zeigen; es besteht fast gar keine Secretion mehr.

Es fragt sich nun, wie haben wir uns das seit Einleitung der antispecifischen Cur auffallend rapide Zurückgehen sämmtlicher Erscheinungen bei einer von Pathologen als «zweifellos» festgestellten Tuberculose zu erklären?

Nach des Vortragenden Ansicht kämen drei Möglichkeiten in Betracht.

1. könnte man annehmen, dass dem Quecksilber bezw. Jodkali ein Einfluss auch auf tuberculöse Processe zuzuschreiben wäre;

2. wäre es möglich, dass die histologische Structur der Tuberculose unter Umständen auch für luetische Affectionen zutrifft, wie dies speciell für gummöse Neubildungen auch von den Pathologen bereits mehrfach ausgesprochen ist;

3. schliesslich könnte man noch an eine Mischinfection von Tuberculose und Lues denken.

Vortragender wird später, sobald die Erscheinungen vollkommen abgelaufen, nochmals über den Fall eingehend berichten.

Discussion: Herr Ricker hat Theile der Knötchen in der Conjunctiva und vom Ulcus des einen Vorderarms untersucht. Sie zeigen übereinstimmend zahlreiche im Granulationsgewebe liegende scharf abgesetzte Tuberkel, d. h. Knötchen aus epithelioiden und lymphoiden Zellen mit einem Reticulum, Langhans'schen Riesenzellen und ausschliesslich centraler Nekrose.

In diesem strengen Sinne genommen ist der Tuberkel bisher noch nicht in sicher syphilitischen Veränderungen gefunden worden. Bei diesen, zumal den gummösen, kommen zwar tuberkelähnliche Wucherungen und diffuses, dem tuberculösen ähnliches Granulationsgewebe vor und bereiten der Untersuchung grosse, oft genug gar nicht zu überwindende Schwierigkeiten; hier aber würden sie sich erst erheben, wenn die Tuberkeln weniger rein und deutlich ausgebildet wären und nicht ein flaches ulceröses (tertiäres) Syphilid, sondern Hautgummata differentialdiagnostisch in Betracht kämen; deren so unverkennbare Merkmale fehlen aber den Hautgeschwüren völlig und auch an den ausgedehnten Narben des Körpers weist nichts auf die Entstehung aus Gummata hin. Die Narbenbildung an sich, klinisch gesprochen der gutartige Charakter der Erkrankung, spricht nicht gegen die Annahme einer Hauttuberculose, die erfahrungsgemäss einen solchen Verlauf nehmen kann.

Die Jodkalibehandlung ist hier erst eingetreten, als am Arm nur noch sehr kleine Defecte vorhanden waren, deren Rand mikroskopisch auf weite Entfernung hin neugebildete Epidermis zeigt. Dass dieser Heilungsvorgang sich seit Beginn der Behandlung fortsetzt, ist nur natürlich und für einen Einfluss des Jodkali in diesem Falle wohl nicht verwerthbar.

Es folgt Herr Axenfeld: Der vorgestellte Fall ist desshalb für uns besonders wichtig, weil er zeigt, dass auch bei dem epibulbaeren Tumoren Probeexcisionen und Jodkaliumquecksilberbehandlung der Exstirpation vorangehen müssen, wie wir das für die Orbitalgeschwülste längst wissen, bei denen Pseudotumoren, besonders specifischer Natur nicht selten sind.

Von hervorragendem principiellen Interesse ist nun aber die Frage: Wie haben wir nach dem histologischen und klinischen Bilde den Tumor zu beurtheilen? Der pathologische Anatom spricht von zweifelloser Tuberculose — und dabei ist die Augengeschwulst in 14 Tagen auf Jodkaliumquecksilber so vollständig verschwunden, dass wir sie Ihnen heute nicht mehr zeigen können.

Dass die histologische Structur des Tuberkels oder doch eine ihre sehr nahestehende auch bei nicht tuberculösen Processen vorkommen kann, ist grade für uns Ophthalmologen durch die Erfahrungen der letzten 10 Jahre unabweislich geworden. Das Chalazion, welches Baumgarten und seine Schüler für tuberculös erklären, kann es in der Regel nicht sein (gutartige, den Tarsus nicht überschreitende Schwellung, ohne sonstige Tuberculose und mit absolut negativem Impfergebniss), die häufigen tuberkelartigen Bildungen bei der sympathisirenden Uveitis ebenfalls nicht, da trotz der progressiven Natur der Infection die Kranken nicht tuberculös werden. Beim Chalazion und der sympathisirenden Entzündung handelt es sich allerdings um Tuberkel ohne Verkäsung, ebenso wie bei gewissen pseudoleukaemischen Knötchen der Haut. Wer also die Verkäsung unbedingt verlangt zur histologischen Diagnose, wird diesen Schwierigkeiten entgehen, wobei allerdings zu bedenken ist, dass auch bei echter chronischer Tuberculose die Verkäsung in den Tuberkeln sehr zurücktreten kann.

Viel schwieriger aber liegt die Frage bei den gummösen Processen. Von Jacobi, Fabry, Jadassohn, Herxheimer sind Fälle von Lues mit Tuberkelbildung beschrieben; ich selbst habe einen Fall von Lidsyphilis — nach der Heilung durch Jodkali innerhalb von 8 Tagen diagnosticirt — mitgetheilt, bei dem der pathologische Anatom das probeexcidirte Stück für Tuberculose erklärte.

[1]) **Nachträgl. Bemerkung:** Auch bis jetzt, d. h. nach Ablauf von 3 Wochen, ist das Stück reactionslos eingeheilt. Das Thier befindet sich vollkommen wohl.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 2. November 1898.

Herr **Ewald** demonstrirt das Herz eines 72jähr. Mannes, der an Dyspnoe litt und starke Cyanose des Kopfes und der Extremitäten, sowie Trommelschlegelfinger aufwies. Die Section ergab ein ganz enorm erweitertes Foramen ovale.

Herr **Lassar: Chromographische Projection und Demonstration.**

Vortragender bespricht kurz die geniale Erfindung Ive's, farbige Photographien herzustellen. Auf Grund der Jung-Helmholtz-Maxwell'schen Theorie von den 3 Grundfarben stellt H. je ein rothes, blaues und grünes Bild dar, in der Weise, dass durch ein rothes, grünes bezw. blaues Farbenfilter (farbige Glasplatte) die nicht wirken sollenden Strahlen abfiltrirt werden. Projicirt man nun diese 3 farbigen Bilder durch ein Skioptikon auf eine weisse Wand und zwar mit Hilfe einer Spiegelvorrichtung so, dass die 3 Bilder auf einander zu liegen kommen, so entsteht im Auge der Eindruck eines Bildes mit den natürlichen Farben des Gegenstandes. Lassar benutzte nun nach dem Vorgange Isaak's diese Erfindung, um Hautkrankheiten zur Anschauung zu bringen. (Demonstration.)

Im Anschluss daran demonstrirt dann der Vertreter der deutschen chromoskopischen Gesellschaft einige von ihm aufgenommene chromoskopische Bilder von farbigen Gegenständen.

Herr **Jürgens: Ueber Protozoen des Carcinoms.**

In Fortsetzung früherer Untersuchungen, welche den Vortr. nach seiner Meinung zur Auffindung der Erreger des Epithelioma contagiosum der Vögel führten, ging Vortr. auch daran, die Ursache des Krebses beim Menschen zu eruiren. Die früheren Untersucher hatten in den Carcinomen und deren Umgebung gesucht, was nach Jürgens' Ansicht Ursache des Misserfolges war. J. ging anders vor, um die vermutheten Erreger gleich in grösserer Zahl und in verschiedenen Entwicklungsstufen finden zu können: Er suchte und fand dieselben bei einem Magencarcinom im Magenschleim und bei einem Fall von Bronchialkrebs, in dem durch Bronchuscompression retinirten Bronchialschleim in Gestalt von Gregarinen. Und zwar fand sich gleich die ganze Genealogie dieser Thiere in einem Präparate beisammen. (Zeichnungen und mikroskopische Präparate.) Auch in den Zellen des Tumors fanden sich Körper, welche J. als Entwickelungsformen jener Gregarinen betrachtet.

Noch ist es Herrn J. nicht gelungen, solche oder ähnliche Thiere bei Sarkomen zu entdecken. Doch zweifelt er nicht an einem baldigen Erfolge seines Bestrebens. H. K.

Wiener Briefe.

(Originalbericht.)

Wien, 5. November 1898.

Epilog zu den Pestinfectionen. — Ovation für Hofrath Nothnagel. — Eine vexatorische Maassregel. — Die Bacillen haben einen praktischen Werth. — Mehrere Fälle von Implantation der Ureteren in den Darm.

Drei Opfer hat die «Laboratoriuminfection» gefordert und damit — so scheint es — ist die Pestgefahr für Wien dauernd beseitigt. Die klinischen Vorlesungen im allgemeinen Krankenhause sind Ende dieser Woche wieder aufgenommen worden und die Hörer Nothnagel's haben ihrem geliebten Lehrer eine grossartige Ovation bereitet, über welche er jedoch stillschweigend hinwegging, um seinem Freunde und Assistenten Dr. Hermann Müller einen warmen Nachruf zu halten. Auch die Mitglieder der k. k. Gesellschaft der Aerzte haben sich beeilt, dem gefeierten Gelehrten eine mit zahlreichen Unterschriften versehene Adresse

zu überreichen, in welcher sie es laut bezeugen, dass wir stolz darauf sind, «ihn, den verehrten Lehrer und Meister, als einen der Besten in unserer Mitte zu haben.» Auch sonst langten an Hofrath Nothnagel aus dem In- und Auslande zahlreiche Telegramme und Briefe ein, in welchen ihm Verehrung und warme Antheilnahme ausgedrückt werden.

All' dies darum, weil Hofrath Nothnagel in der vorwöchentlichen Pestdebatte im österreichischen Abgeordnetenhause von den Vertretern der christlich-socialen Partei als ein «Verbrecher», als ein «ganz und gar unfähiger Mensch» etc. öffentlich bezeichnet wurde. Als der Unterrichtsminister den so angegriffenen Gelehrten vertheidigte, da schrie noch der Vicebürgermeister Wiens, ein kleiner Papierhändler, in das Haus der Abgeordneten: «Der Nothnagel ist schuld an der Verbreitung, es ist traurig, dass sich Jemand noch eines solchen Menschen annimmt.» In schroffem Gegensatze hiezu lautet es im officiellen Berichte des Obersten Sanitätsrathes wörtlich: «Weiterhin wurde auf das Genaueste festgestellt, dass nur die anfängliche Ueberzeugung Dr. Müller's, die Lungenentzündung (des Dieners Barisch) sei nicht auf Pestinfection zurückzuführen, veranlasste, dass der Kranke am zweiten Krankheitstage in dessen besondere Pflege auf der Isolirabtheilung der I. medicinischen Klinik (Nothnagel's) untergebracht wurde, allerdings unter allen Vorsichten, wie sie nur bei der schwersten Infectionskrankheit getroffen werden können. Desgleichen wurden die Desinfectionsmaassregeln, als am dritten Tage der klinischen Behandlung durch die bacteriologische Untersuchung die deutlichen Erscheinungen der Pest festgestellt waren, ausschliesslich von Aerzten, insbesondere Dr. Müller, mit wahrer Selbstaufopferung vorgenommen. Diese Maassregeln waren so exact, dass sie selbst, trotz der an sich ungünstigen Lage der Isolirabtheilung zwischen Krankensälen (siehe auch meinen vorwöchentlichen Brief!) die Hoffnung erwecken durften, dass die Infection, obwohl dieselbe nachträglich auf die Wärterin und auf Dr. Müller übergriffen hat, eingedämmt werden könne.»

In der am 29. October l. Js. abgehaltenen Sitzung des Obersten Sanitätsrathes wurde «insbesondere hingewiesen auf die seit Jahren beklagten Mängel in den Einrichtungen des Wiener allgemeinen Krankenhauses» und zur Vorberathung über die behufs Abhilfe zu stellenden Anträge ein sechsgliederiges Comité eingesetzt. Ausserdem wurde angeregt, dass mit der Errichtung einer entsprechenden provisorischen Isolirstation im Allgemeinen Krankenhause sofort vorgegangen werde. Das ist in der That dringend nothwendig; hätte es in diesem Riesenspitale mit 2000 Betten eine ordentliche Isolirstation gegeben, dann wäre der wegen seiner Provenienz immerhin höchst verdächtige erste Pestfall sofort isolirt worden und die gegen Nothnagel erhobenen Anwürfe hätten von vorneherein den Boden verloren.

Sonderbar klingt eine von Hamburg, 1. November, datirte Depesche, welche lautet: «Bei der heutigen Einschiffung der Zwischendeckreisenden, die sich mit dem Dampfer «Pretoria» nach New-York begeben wollten, hielt der amerikanische Consul im Auftrage seiner Regierung alle diejenigen Oesterreicher zurück, die auf ihrer Reise nach Hamburg durch Wien gekommen waren, und zwar im Hinblick auf die in Wien vorgekommenen Pestfälle. Die amerikanische Regierung fordert, dass solche Reisende eine vierzehntägige Quarantaine halten. Gab es in Wien im Sinne der internationalen Sanitätsverträge eine Pestepidemie? Gewiss nicht. Stecken bloss die Zwischendeckreisenden an und die I. Classe Fahrenden nicht? Kaum glaublich. Wiewohl ich nicht gelesen habe, dass die österreichische Regierung gegen diese überflüssige Maassregel Einsprache erhoben habe, bin ich dennoch überzeugt, dass man dieses vexatorische Vorgehen der amerikanischen Regierung hier bei uns ad notam nehmen und gegebenen Falles Reciprocität üben werde.

In derselben Zeit, da von den Christlich-Socialen (Antisemiten) das Züchten von Bacterien überhaupt so sehr perhorrescirt wird, ist die Thatsache erwähnenswerth, dass eben ein Gesetz betreffend die Vertilgung der Feldmäuse in Niederösterreich und eine Verordnung des k. k. Staatthalters für die Durchführung dieses Gesetzes verlautbart werden. Die promulgirten Bestimmungen beziehen sich auf die Vertilgung der Feldmäuse mittels der Löffler'schen Mäuse-Typhusbacillen, welche in dem vom k. k. Ackerbauministerium errichteten bacteriologischen Laboratorium in Wien gezüchtet und gegen Entgelt von hier aus abgegeben werden. Die so vielgeschmähten Bacillen scheinen denn doch auch in Niederösterreich einen praktischen Werth zu haben, und der Ausspruch des Pfaidlers und Reichsrathsabgeordneten Gregorig, dass die Bacillen «einen so eigenthümlichen Humbug» darstellen, scheint nicht ganz richtig zu sein. Der Löffler'sche Mäuse-Typhusbacillus wenigstens hat für die Feldwirthschaft einen eminenten Werth, von der auf der Bacillenzucht beruhenden Serumtherapie, Antisepsis, Abwehr der Infectionskrankheiten etc. nicht zu sprechen.

In unserer Gesellschaft der Aerzte stellte jüngst Primararzt Docent R. Frank einen 16jährigen Mann vor, an welchem er wegen Ectopie der Blase nach Maydl's Angabe die Ureteren in die Flexur einpflanzte. Die ganzen Blase wurde umschnitten und mobil gemacht und dabei das die Ureteren umgebende Gewebe geschont, sodann stielartig zugeschnitten und dieser Stiel in einem Längsschnitte der Flexur sorgfältig eingenäht. Das Ganze wird schliesslich in den Bauchraum versenkt. Faeces und Urin entleeren sich Anfangs aus einem in das Rectum eingeführten dicken Drain, welches später entfernt wird. Der vorgestellte Mann gewöhnte sich bald daran, seine Entleerungen bloss einige Male am Tage abzusetzen.

Dieses bestätigt Docent Dr. K. Ewald, welcher über einen vor ca. 2 Jahren nach Maydl operirten Fall berichtete, wobei er darauf hinwies, dass der operirte Junge wohl in der Nacht bis 10 Stunden lang schlafe, ohne den Urin zu entleeren, tagsüber aber dies 2stündlich thun müsse. Auch in einem zweiten Falle, welchen Ewald im letzten Sommer operirte, stellte sich nach einigen Wochen die Schliessungsfähigkeit des Sphincter ani wieder ein, so dass das Resultat sehr befriedigt.

Bei diesem Anlasse berichtete Primarius Docent Dr. Schnitzler über zwei Fälle, bei welchen er nicht wegen Ectopie der Blase, sondern aus anderen Indicationen die Implantation der Ureteren in den Darm vornahm. Einmal bestand eine Ureterenfistel nach einer vaginalen Operation; Einpflanzung dieses Ureters in das Kolon, Heilung. In einem zweiten Falle handelte es sich um eine carcinomatöse Blasenscheidenfistel, das Carcinom selbst schon inoperabel, grosse Beschwerden der Kranken durch die stetige Nässe, den Foetor etc. Die Kranke verlangte dringend die Beseitigung der Fistel. Schnitzler implantirte nun den einen Ureter in das Kolon ascendens, den anderen (linken) in das K. descendens. Die Operirte starb nach einigen Tagen und man constatirte eine linksseitige heftige Pyelitis und Nekrosen an jenen Stellen der Schleimhaut des K. ascendens, die mit dem Urin in Berührung gekommen waren. Es ist eben nicht einerlei, ob man, wie nach Maydl, die ganze Einmündungsstelle der Ureteren oder bloss die Ureteren in den Darm implantirt; im letzteren Falle ist naturgemäss die Möglichkeit einer aufsteigenden Infection der Niere mehr vorhanden, als in den Fällen ersterer Art.

II. Französischer Congress für Gynäkologie, Geburtshilfe und Pädiatrie,

abgehalten zu Marseille vom 8.—15. October 1898.

Pinard, der Präsident des von etwa 300 Theilnehmern besuchten Congresses, besprach zur Eröffnung desselben die engen Beziehungen, welche zwischen Frauen- und Kinderheilkunde bestünden, und deren gemeinsames Ziel, welches darin bestehe, vermittels Conservirung des Individuums die Rasse zu conserviren und zu verbessern; in der Beziehung sei besonders auf die specifische Behandlung syphilitischer Eltern und die Häufigkeit der Degeneration bei Kindern von Alkoholikern hingewiesen. Pozzi, Vorsitzender der gynäkologischen Section, hebt lobend den Werth der medicinischen Congresse hervor, welcher jetzt allzu sehr unterschätzt werde, und drückt schliesslich sein Bedauern aus, dass im Gegensatz zu anderen Culturländern in Frankreich kein officieller Lehrstuhl für Frauenkrankheiten existire. Hoffa-Würzburg hielt einen Vortrag über die Orthopädie, deren ursprüngliche Anfänge, für welche die Wiege in Frankreich gestanden sei, und deren gegenwärtigen Ziele und ward mit lebhaftem Beifall belohnt. D'Astros spricht über die Wirkung und Entstehungsart der Antitoxine, zum Theil auf Grund langjähriger eigener Forschungen.

In der Section für Pädiatrie bespricht Le Gendre die sogenannte Schülerdyspepsie, nachdem er zur genaueren Erforschung der Ursachen eine Enquete bei verschiedenen Institutsdirectoren in Frankreich angestellt hatte. Es ergab sich dabei,

dass die Dyspepsien jetzt viel häufiger seien wie zu unserer Väter Zeiten, obwohl die hygienischen Verhältnisse jetzt bedeutend besser seien. Unter den verschiedenen Kategorien der Dyspeptiker überwiegen jene auf hereditär nervöser oder neurasthenischer Grundlage, welche sich eben beim Kinde ganz speciell in gastrointestinalen Störungen zu äussern beginnt. Mangelhafte Hygiene, zu rasches Einnehmen der Mahlzeiten bilden dazu die besonderen Gelegenheitsursachen. Die sehr verschiedenen klinischen Bilder der Dyspepsie sind oft schwer zu diagnosticiren. Die Qualität der Getränke ist zu berücksichtigen, Wein, rein oder mit Wasser gemischt, zu verwerfen, eher blosses Wasser, Apfelwein oder Bier zu geben. Le G. beklagt sodann den beinahe völligen Mangel von Milch und Eiern in der Nahrung. Als prophylaktisches Mittel muss man darauf sehen, dass die hygienischen Verhältnisse geeignet regulirt, kein übermässiger Sport (Velocipedfahren) getrieben und die Kinder häufiger als es sonst üblich ist, dem Arzte vorgestellt werden; durch aufmerksame Beobachtung von Seite des Letzteren und Zusammenwirken mit den Eltern und Schulärzten könne prophylaktisch viel erreicht werden. — Zu bemerken ist, dass in Frankreich die Schulen mit sogen. voller Pension noch weit häufiger sind als in Deutschland und wohl auf die Besucher derselben die beschriebenen Krankheitsbilder hauptsächlich Bezug haben.

Guinon schliesst sich vollständig allen Schlussfolgerungen von le G. an und hebt verschiedene Formen von Dyspepsie hervor, welche von Zeit zu Zeit unter Paroxysmen, Erbrechen, Schmerzen u. s. w. auftreten und 8 bis 14 Tage dauern, worauf Alles wieder in Ordnung kommt. Er besteht auch auf verschiedenen neurasthenischen, hysterischen und migränösen Arten der gastrointestinalen Dyspepsie.

Guinon behandelt in ausserordentlich eingehender Weise das weitere Thema: Die Dickdarmentzündung im Kindesalter. Bei kleinen Kindern ist dieselbe selten auf den Dickdarm localisirt, bietet vielmehr das Bild der Gastroenteritis. Bei älteren Kindern (über 3 Jahren) ist die Unterscheidung deutlicher und leichter. Die pathologische Anatomie dieser Affection hat nichts speciell Charakteristisches, ebensowenig wie der bacteriologische Befund: wie bei allen Darminfectionen trifft man den Bacillus coli. Als Ursache muss bei jüngeren, unter 3 Jahre alten Kindern Nahrung von schlechter Beschaffenheit, bei älteren Kindern, ebenso wie bei Erwachsenen, eine gewisse neuro-arthritische ererbte Disposition (sic!) angenommen werden. Klinisch zeigt die Colitis die verschiedensten Formen (schwere, leichte, rein katarrhalische oder dysenterische), sie kann acut oder chronisch (in Paroxysmen auftretend) und in beiden Fällen auf einen Theil des Dickdarms beschränkt sein. Die Diagnose ist nicht immer leicht, es kann Verwechslung vorkommen mit Appendicitis, von welcher sich die coecale Form der Dickdarmentzündung durch den weniger localisirten Schmerz unterscheidet, mit Peritonitis, wogegen immer der vorhandene Stuhlgang spricht, mit Typhus und Dysenterie. Die Einziehung des Leibes ist ein besonders wichtiges Symptom der Colitis. Dieselbe kann übrigens Complicationen bieten, welche die Schwierigkeit der Diagnose noch erhöhen, wie Furunculose, Bronchopneumonie, Peritonitis, Appendicitis, Lithiasis, Purpura u. s. w. Die Behandlung muss sich vor Allem auf die Regelung der Diät beziehen und darauf Acht haben, dass die Milch oft schlecht vertragen wird und die Diarrhoe vermehrt. Um Rückfälle zu vermeiden, muss die Obstipation mit allen Mitteln bekämpft und täglicher Stuhlgang erzielt werden.

Le Gendre hat oft gleichzeitige Colitis und Appendicitis gesehen. Für den Anfang ist Wasserdiät unentbehrlich, bis (nach 24—36 Stunden) sich der Darmcanal der in ihm enthaltenen toxischen Residuen entledigt hat. Dann kann man wieder zu verdünnter Milch übergehen und subcutane Seruminjectionen in absteigender Dosis, entsprechend der Nahrungsaufnahme, beifügen.

Cassoute beschreibt einen Typhusfall bei einem 2 Monate alten Kinde, wo ausser den gelben Stühlen kein charakteristisches Zeichen der Krankheit vorhanden war, die Serumdiagnose aber positiv ausfiel und die Autopsie dieselbe bestätigte. Während die bisherigen Beobachtungen ältere Kinder betrafen und der Typhus bei solchen unter 2 Jahren als exceptionell galt, hält C. diese Ansicht für irrig, den Typhus abdominalis auch bei Säuglingen nicht für selten und die Widal'sche Reaction für ausserordentlich wichtig bei so zweifelhaften Fällen.

Ueber das Thema: Die Purpura im Kindesalter war Léon Perrin-Marseille Berichterstatter. Mit Marfan unterscheidet er dreierlei Arten derselben: 1. Die primäre, infectiöse, 2. die Purpura rheumatica und 3. die Werlhof'sche Krankheit. Ausserdem gibt es noch zahlreiche Arten von secundärer Purpura, welche besonders bei Infectionskrankheiten durch die Wirkung der Bacterien oder deren löslicher Producte entstehen, ferner bei Intoxicationen, wie Jod, Hg, Antipyrin, Jodoform, Chloroform u. s. w. Die Peliosis sive Purpura rheumatica ist ausser durch das Exanthem noch durch rheumatische und gastrointestinale Störungen charakterisirt; die Arthropathien sind fixe, nicht wandernd wie beim echten Gelenkrheumatismus, die Magendarmstörungen können prädominiren, blutige Stühle und Diarrhoeen vorhanden sein, ebenso wie häufig Epistaxis beobachtet wird, ferner Bindehaut-, Mund- und Zahnfleischblutungen. Die Purpura rheumatica tritt anfallsweise und zwar sehr unregelmässig auf. Gutartiger ist die Werlhof'sche Krankheit, wo die Haemorrhagien das einzige Symptom sind, es treten Petechien und Ecchymosen von verschiedener Grösse auf, blassen nach einigen Tagen ab und verschwinden nach ca. 3 Wochen vollständig. Fieber ist gewöhnlich nicht vorhanden, die Blutungen sind unregelmässig über den Körper vertheilt, sitzen aber mit besonderer Vorliebe an Stamm und Unterextremitäten. Aetiologisch wurden Erkältung, Trauma, schlechte Ernährung, Ueberarbeitung mit mehr oder weniger Recht angenommen, der Einfluss des Alters ist zweifellos, indem man die verschiedenen Arten von Purpura besonders zwischen 4 und 10 Jahren beobachtet.

Moussous-Bordeaux glaubt, dass die Purpura in der wohlhabenden Bevölkerung selten, in der Spitalpraxis relativ häufig ist. Es handle sich dabei um eine individuelle Prädisposition, in Folge von Ermüdung, Schreck u. s. w. träte hier Purpura auf, wie bei Anderen Erythema nodosum, Urticaria.

Nach le Gendre sollte die Purpura aus der Nosologie verschwinden, es sei ebensowenig logisch, die verschiedenen Formen der Purpura mit einander zu vergleichen, wie z. B. den Kopfschmerz des Neurasthenikers mit jenem bei Meningitis. Ein Fall wurde beobachtet, wo die P. trotz aller Behandlung 3 Jahre bei einem neuropathischen Kinde sehr wohlhabender Eltern anhielt und erst auf beruhigende Behandlung, absolute Ruhe, prolongirte Bäder von Lindenblüthen u. s. w. wich.

Zani Métaxas referirt über die Behandlung des paralytischen Klumpfusses. Derselbe entsteht in der Mehrzahl der Fälle aus der essentiellen Kinderlähmung (Poliomyelitis anterior). Es ist zu unterscheiden eine prophylaktische Behandlung, wenn diese Krankheit erst im Beginne ist, eine palliative durch orthopädische Apparate, wenn der Klumpfuss noch nicht veraltet ist, und eine operative Behandlung, wenn die vorherigen Methoden nicht zum Ziele führten, die Deviation von Neuem eingetreten, die Muskelatrophie unheilbar, Knochenverbildungen sich eingestellt haben und der Klumpfuss locker oder fixirt ist. Die Arthrodese, Tenotomie, Tarsectomie, das modellirende Redressement bespricht M. der Reihe nach und hebt die günstigen Resultate hervor, welche in den letzten Jahren mit der Sehnenverkürzung und den Muskelsehnenanastomosen erzielt worden sind. Die klinische Erfahrung, die genaue Untersuchung der Muskeln und Knochen, das Allgemeinbefinden des Patienten sind die Leiter, welche Methode anzuwenden ist bei den verschiedenen Formen des Klumpfusses, so dass durch Combination einiger Methoden meist ein gutes Resultat zu erwarten ist

Hoffa zeigt sehr interessante Radiographien über den Klumpfuss, die congenitale Hüftgelenkluxation und Skoliose; seine therapeutischen Erfolge sind, wie die Photogramme beweisen, sehr gute.

Oddo bespricht die Classification der Pathogenese der spastischen Kinderlähmung. Man versteht darunter eine Gruppe von Affectionen, welche dem jugendlichen Alter eigenthümlich und deren charakteristische Merkmale die Doppelseitigkeit und die spastische Natur der motorischen Störungen sind. O. schlägt versuchsweise folgende Classification vor: A) cerebralen Ursprungs durch a) verschiedene Rindenlaesionen (Sklerose, Cyste), wobei die Aetiologie meist infectiöser Natur, u. a. Heredosyphilis, ist; b) durch Meningealblutungen, deren Ursache im Geburtsacte, wie Dystokie, Asphyxie bei der Geburt, liegt. Beiden Arten sind gemeinsam intellectuelle Störungen, Epilepsie, Krämpfe, angeborene Chorea, Athetose und vor Allem stationäres Befinden, Unheilbarkeit. B) Diplegien medullären Ursprungs (Little'sche Krankheit): congenitale Entstehung in Folge vorzeitiger Geburt, rein spastisches Symptomenbild, paraplegisches oder generalisirtes, keine cerebralen Erscheinungen, regressiver Verlauf C) Sogen. familiäre Diplegien, welche zu verschiedenen Altersperioden auftreten und specielle Zeichen, die bei den anderen Formen fehlen, tragen, wie Nystagmus, Intentionstremor. Der Verlauf ist hier ein progressiver. Bezüglich der Pathogenese der spastischen Kinderlähmung sind verschiedene Theorien aufgestellt worden, die grösste Wahrscheinlichkeit hat jene für sich, wonach es sich um eine Entwickelungshemmung der Pyramidenbündeln handelt. Weitere Beobachtungen werden bei genauer Vergleichung mit den pathologisch-anatomischen Befunden erst eine definitive Entscheidung dieser Frage bringen.

Hoffa setzte auseinander, dass er bei der Little'schen Krankheit durch geeignete Anwendung von Massage, passiven Bewegungen und orthopädischen Apparaten in den letzten Jahren vortreffliche Resultate erzielte, so dass manche Kranken, welche in bedauernswerthem Zustande waren, nicht nur jetzt gehen, sondern auch tanzen können.

Weill-Lyon berichtet eingehend über die Herzaffectionen im Kindesalter. Vom therapeutischen Standpunkt aus sind die functionellen Störungen und die eigentlichen, anatomisch begründeten Affectionen des Herzens zu unterscheiden, bei letzteren wieder angeborene und erworbene. Eine rationelle Behandlung der congenitalen Herzleiden gibt es nicht, jedoch können einige aetiologische Factoren zur Prophylaxe dienen (Einfluss von Verwandtschaftsheirathen, Syphilis der Mutter, Rhachitis der Mutter). Bezüglich der erworbenen Herzfehler kommt die Präventivbehandlung auch hier in erster Linie in Betracht; Salicylpräparate bei den leichtesten rheumatischen Erscheinungen, kalte Bäder bei Typhus, Mundantisepsis bei Scharlach. Bei vorhandener Endopericarditis, welche meist durch Rheumatismus verursacht wird

in den ersten 5 Lebensjahren aber selten eine wirklich idiopathische ist, muss vor Allem das Grundleiden bekämpft werden. Die Compensation ist häufiger im Kindesalter wie beim Erwachsenen und die Aufgabe des Arztes ist dann, dieselbe durch geeignete Hygiene (Muskelübung, Ernährung, Kleidung) zu erhalten. Die Behandlung der functionellen Störungen ist verschieden, je nachdem es sich um congenitale oder erworbene Form handelt. Bei der ersteren bringt die meist bestehende Cyanose ein Kältegefühl mit sich, so dass steter Aufenthalt in warmen Gegenden sehr zuträglich wäre; die verschiedenen Symptome, wie Herzklopfen, Dyspnoe, Hustenanfälle, Lipothymie, Eklampsie, Haemorrhagien sind entsprechend zu behandeln. Bei der erworbenen Form, besonders der schwereren mit Asystolie, kommt vor Allem Digitalis in Betracht, welche ebenso wie beim Erwachsenen gegeben wird; bei kleineren Kindern unter 5 Jahren sind aber an deren Stelle Coffein, Strophanthus, Spartein. sulfur., Convallaria majalis zu geben. Ferner sind noch gewisse gymnastische Proceduren, wie Massage der Extremitäten, des Bauches, passive Bewegungen, vor Allem aber die Erschütterungen der präcordialen Gegend und des Rückens (in Schweden die Digitalis der Massage genannt) beizufügen.

Méry-Paris bringt ein ausführliches Referat über die Mikrobenassociation bei der Diphtherie vom klinischen und bacteriologischen Standpunkt. Diese Association oder Symbiose von Bacterien, wodurch eine gemeinsame Wirkung derselben erzielt wird, kann am Anfange der Krankheit vorkommen (Mischinfection), oder während deren Verlauf erst sich einstellen (zugefügte Infection). Bacteriologisch kann sie durch die directe Untersuchung der Membranen, Reinculturen, Bestimmung der Virulenz diagnosticirt werden; neben den Culturen auf Serum ist von besonderer Bedeutung die Untersuchung der Membranen in gehärteten oder ungehärteten Schnitten, wo man die Streptococcen die tieferen Schichten derselben einnehmen und in den oberen Schichten sie mit den Diphtheriebacillen, diese oft an Menge überragend, vermischt sieht; zur raschen Diagnose ist diese Methode nicht geeignet. Beim Staphylococcus haben die Reinculturen wieder mehr Bedeutung, es kommen noch in Betracht der Diplococcus lanceolatus (Pneumococcus), Bacillus coli und Proteus. Klinisch ist am besten studirt das Bild der Streptodiphtherie, welches nach den Arbeiten von Grancher, Sevestre und Barbier ganz charakteristische Zeichen, die eine Unterscheidung von der einfachen Diphtherie ermöglichen, besitzt. Es seien davon nur abnorm hohes Fieber, ausserordentlich schlechtes Allgemeinbefinden, Erscheinungen von Septicaemie und Pyohaemie, verschiedene Arten von Haemorrhagien (Purpura, Epistaxis), Drüsen-, Gelenk-, Ohreneiterungen genannt. Die Streptodiphtherie kann man wieder in 2 grosse Gruppen theilen, je nachdem die Symbiose ihre Wirkung auf den localen Process oder auf den ganzen Körper (acute oder sehr acute infectiöse Streptodiphtherie nach Sevestre) erstreckt. Bezüglich der Behandlung räth Méry, am Anfang das Diphtherieheilserum in erhöhter Dosis zu geben, später, wenn die Association schon ihre ganze Wirkung entfaltet habe, nütze es nichts mehr; man kann dann das Antistreptococcenserum anwenden; von besonderer Wichtigkeit ist aber locale Anwendung antiseptischer Mittel, nach Roux besonders von heissem Wasser und Kochsalzlösung.

Mouren-Marseille wandte bei vorzeitig zur Welt gekommenen Neugeborenen das künstliche Serum in Lavements an, täglich 100 g auf 3—4 mal; während früher im Durchschnitt 30—36 Todesfälle wegen angeborener Lebensschwäche in der Anstalt von M. vorkamen, gingen bei Anwendung der Methode, welche über 50 Fälle betraf, im Jahre 1897 dieselben auf die Zahl von 6 herab.

Delanglode-Marseille bespricht in ausführlicher Weise das Capitel der angeborenen Bauchhernien. Die Eintheilung derselben geschieht in Zwerchfell-, Nabel- und Inguinalhernien. Die gewöhnlichste Form der erstgenannten ist die Fissur, marginal oder central; manchmal kommen bei der Geburt hochgradig asphyktische Anfälle vor, das Kind wird entweder im Todeskampfe geboren oder es lebt bei der Geburt, die Athmung ist aber von Anfang an eine schlechte und bald tritt der Tod ein; die dritte, häufigste, Möglichkeit ist, dass das Kind anscheinend sehr gesund zur Welt kommt, normal athmet und erst nach kürzerer oder längerer Zeit Asphyxie sich einstellt, auch in diesen Fällen ist der frühe Tod die Regel. Stellung des Kehlkopfes und Untersuchung der Lungen ermöglichen manchmal die Diagnose. Die Schwere der Affection lässt zur Behandlung auch die kühnste Operation zu. Bei den Nabelhernien wird unterschieden die embryonale Eventeration, die viscerale Hernie des Nabelstranges und die einfachste Art, die Hernie des Divertikels. Mit Ausnahme der letzteren, welche wenig oder gar keine Symptome macht und durch allmähliche Atrophie verschwinden kann, ist bei den Nabelhernien die Radicaloperation, so schwierig sie sich auch manchmal gestaltet, stets der beste therapeutische Weg. Die angeborenen Leistenhernien, wo der Hoden in normaler Lage oder auf seinem Weg in Ectopie aufgehalten sein oder eine abnorme Lage haben kann, sind schmerzhafter wie die erworbenen und disponiren eher zur Einklemmung. In den ersten Lebensjahren ist das Anlegen von Bandagen angezeigt und erst später, frühestens im 3., nach einigen Chirurgen erst im 5.—7. Jahre die Radicaloperation zu machen, wenn die Bandagen schlecht vertragen werden, die Hernie zu wachsen fortfährt, bei allgemeinen Ernährungsstörungen und selbstverständlich bei Einklemmung. Die sklerogene Methode von Lannelongue, welche bei reducirbaren Hernien mit normal gelagertem Hoden Anwendung findet, hat zwar bis jetzt in 62 Fällen überwiegend günstige Resultate gehabt, zur definitiven Beurtheilung bedarf es aber noch langjähriger Beobachtungen. Bei eingeklemmten Hernien sollte der Reduction immer die Radicaloperation folgen.

Léon d'Artros bespricht die Spätformen von Hydrocephalus, d. h. diejenigen, welche erst nach dem Alter von 2 Jahren zur Entwicklung kommen. Ihre Hauptursache sind Tumoren innerhalb der Schädelhöhle und seltener eine Art seröser Meningitis (Quincke). Aetiologisch werden Traumen des Kopfes, acuter oder chronischer Alkoholismus, acute fieberhafte Krankheiten angenommen. Aus den Symptomen (Kopfschmerzen, Schwindelgefühle, Charakteranomalien, Neuritis optica in schweren Fällen) ergibt sich nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose; der Druck des Liquor cerebrospinalis bei der Lumbalpunction überschreitet immer 150 mm. Zur Behandlung der chronischen Meningitis serosa dienen Jodkali und Hg, selbst bei Abwesenheit von Syphilis.

Audéoud-Genf theilt den Fall eines 16 Monate alten Kindes mit, welches mit erblich-syphilitischem Hydrocephalus behaftet war und durch die specifische Behandlung geheilt wurde. Broca hingegen erlebte bei einer grossen Zahl solcher Kranken niemals Heilung.

Béry verliest eine Abhandlung über die Phosphaturie bei Rhachitis, dieselbe ist nach seinen Untersuchungen immer eine abnorm geringe, nimmt im Verlaufe der Krankheit allmählich noch mehr bis zu einem Minimum ab, um von da an wieder zuzunehmen, bis der Gehalt an Phosphaten im Urin im Moment der Heilung wieder ein normaler geworden ist.

Béry berichtet auch über mehrere Fälle von Hysterie bei Kindern, wodurch organische Leiden (Peritonitis) vorgetäuscht wurden. (Schluss folgt). St.

Aus den englischen medicinischen Gesellschaften.

Obstetrical Society of London.

Sitzung vom 5. October 1898.

Von J. und A. R. Walters wurde über einen Fall von **puerperaler Septicaemie** nach Abort berichtet, bei welchem nach zweimaliger Injection des Antistreptococcenserums trotz mehrtägiger, ziemlich erheblicher Collapserscheinungen Genesung eintrat. Bei der Discussion wurde verschiedentlich über theils günstige, theils ungünstige Resultate mit genanntem Mittel berichtet. J. Phillips hat bei einer Kranken binnen 12 Wochen 20 solche Injectionen gegeben mit schliesslich günstigem Resultat.

Pathological Society of London.

Sitzung vom 18. October 1898.

H. B. Robinson demonstrirte eine **‹Buttercyste› der Brust**, von einer 25jähr. Frau operativ entfernt. Dieselbe hatte 1¼ Jahr zuvor nach ihrer ersten Entbindung einen Abscess der rechten Mamma gehabt. Nach zweimaliger Punction und Entleerung eitriger Massen schien dieselbe geheilt zu sein. Bald nachher entwickelte sich aber dort eine schmerzlose, bewegliche, klein apfelsinengrosse Schwellung. Man fand eine glattwandige Cyste, angefüllt mit einer gelbbraunen, halbfesten Masse von butterartiger Consistenz, welche durch die Einwirkung der Luft alsbald hart wurde. Solche Umwandlungen von Galaktocelen sind schon von anderer Seite bereits beschrieben, sind aber immerhin ziemlich selten.

Clinical Society of London.

Sitzung vom 14. October 1898.

Myositis ossificans. W. P. Herringham stellte ein 8jähr. Mädchen mit dieser Affection vor und zeigte Skiagramme von dem Falle. Die ersten Anfänge des Leidens waren an den Schultern im 2. Lebensjahr bemerkt worden. Zur Zeit ist die Wirbelsäule in toto starr, und Knochenablagerungen finden sich an einer ganzen Reihe von Stellen im Körper verstreut. Vortragender führt die Anomalie auf congenitale Anlage zurück.

Die Verbindung von congenitalem Herzfehler mit dem Mongolentypus der Idiotie. Archibald Garrod berichtet über 5 derartige Fälle, und bei der Discussion wurden noch 6 angeführt. In den Anstalten werden diese Fälle kaum beobachtet, da die Kinder meistens schon früh absterben.

Erythema enematogenes (E. ex klysmate). Dr. Still gibt nach Beobachtungen an 26 Fällen im Kinderhospital folgende Schilderung: Die Affection zeigt sich gewöhnlich als ein hellrothes, fleckiges Erythem, namentlich auf der Vorderfläche der Kniee und auf der Streckseite der Ellbogen, den Nates und im Gesicht, ist am ehesten mit Scharlach, Masern und Rötheln zu verwechseln, tritt gewöhnlich 12—24 Stunden nach dem Einlauf hervor und dauert meist 24—48 Stunden. Kinder über 6 Jahre, die vorher nie ein Klystier bekommen haben, werden am ehesten befallen. Das Allgemeinbefinden ist dabei selten gestört. Es kann

wohl sein, dass viele solche Falle als «chirurgischer Scharlach» diagnosticirt werden. Ueber den causalen Zusammenhang gibt S. drei verschiedene Theorien, die aber alle nur auf Vermuthung basiren. Philippi-Itzehoe.

Aus den italienischen medicinischen Gesellschaften.

Medico-chirurg. Akademie zu Palermo.

Sitzung vom 26. Juni 1898.

Rummo erklärt als eine **besondere Species dystrophischer Hautkrankheiten** das **Geroderma genito-dystrophicum.** Es handelt sich bei dieser Hautkrankheit um eine Senilitas praecox. Dieselbe hat Berührungspunkte mit dem Infantilismus, mit bestimmten Formen von Myxoedem, mit der Akromegalie und dem Gigantismus. Die Haut des Gesichts ist wachsgelb, runzlig welk, die Stirn niedrig, voller Falten, die Nasolabialfalten sehr ausgesprochen, die Ohrmuscheln gross und henkelartig dem Kopf ansitzend, gross die Füsse und Hände, das Abdomen wie die Brüste und die Hinterbacken schlaff und hängend aus Mangel an Elasticität der Haut, die Haare borstig, Stimme nasal oder Fistelstimme.

In Sicilien hat R. 15 Fälle bis jetzt von dieser Krankheitsform gesammelt, welche sich sehr gut als Krankheit sui generis von Myxoedem wie Akromegalie abgrenzen lassen.

Medico-chirurg. Gesellschaft zu Pavia.

August-Sitzung.

Mariottini macht Mittheilung über eine **Malariaendemie,** welche 25 Kinder von Pavia und der näheren Umgebung betraf.

Die Blutuntersuchung lieferte in allen 25 Fällen Amoebenformen, in den rothen Blutkörperchen, welche nach den Golgi'schen Kennzeichen unzweifelhaft zum Typus der Tertiana gehörten. In den Fällen von quotidianem Typus fand er eine doppelte Generation der Parasiten, sowohl diejenigen, welche das Fieber am Untersuchungstage bewirkten, als diejenigen, welche es am folgenden Tage bewirkt haben würden. Der Parasitenbefund war wechselnd; auch bei hohem Fieber herrscht oft spärlicher Amoebenbefund vor. Nur in einem der 25 Fälle fanden sich ausser den Formen der Tertiana semilunare Formen. Es handelt sich um ein Kind von 9 Jahren, welches längere Zeit Fieberanfälle mit unregelmässigem Typus hatte, von denen es durch wiederholte Chiningaben nicht geheilt werden konnte. Nach Verordnung von 6 g täglich erreichte M. nach mehreren Tagen negativen Befund im Blut und anscheinend waren die Anfälle vollständig geschwunden. Indessen nach längerer Zeit brachte die Mutter das Kind wieder fiebernd an und die Untersuchung des Blutes ergab wieder in grosser Reichlichkeit zweierlei Generationen von Amoeben.

Paderi untersuchte **Schilddrüse und Glandula pituitaria** von Menschen und Hunden auf **ihren Jod- und Bromgehalt.** In der Schilddrüse existirt sowohl Jod als Brom; das erstere wiegt vor. In der Glandula pituitaria findet sich Brom aber kein Jod, desgleichen soll Jod im Centralnervensystem fehlen; wohl aber sind auch hier Spuren von Brom vorhanden.

Golgi zeigt einige instructive **Präparate vor zur Veranschaulichung der Anatomie der Ganglienzelle.** Es existirt im Innern derselben mehr oder weniger deutlich ein feiner, faseriger, netzförmiger Apparat mit feinen, nach der Peripherie gehenden Fäden; nach dem Innern des Zellkernkörpers laufen dieselben in Schlingen oder Senkern aus, welche mit kleinen Anschwellungen enden. In den Nervenzellen des Erwachsenen sind diese Veränderungen am deutlichsten.

Wie man auch diese Befunde deuten mag, jedenfalls wird man sie bei Untersuchung des Nervensystems in pathologischen Fällen, so meint der Autor, zu berücksichtigen haben.

Von dem Congresso medico interprovinciale der Lombardei und Venetiens,

welcher vom 12.—14. September 1898 in Venedig tagte, führen wir den Bericht Mazzocchi's und Antonini's aus Bergamo über **die Maassregeln zur Bekämpfung der Pellagra** an. Dieselben bestehen in der Einrichtung bestimmter Gesundheitshäuser, in welchen die Kranken der einzelnen Gemeinden Aufnahme und eine bestimmte obligatorische Beköstigung finden. Dieser Aufenthalt findet zu einer bestimmten Zeit des Jahres und etwa auf die Dauer von 40 Tagen statt. Die Aufstellung bestimmter Fragebogen verspricht einiges Licht in das Dunkel der Krankheitsentstehung zu bringen.

Bisher sind derartige Einrichtungen in den Provinzen Bergamo, Rovigo und Padua getroffen und haben sich bewährt. In der letzteren Provinz ist für 2mal im Jahre ein Aufenthalt der Kranken in derartigen hygienischen Anstalten in Aussicht genommen.

Die Malaria hat sich als die schwerste Complication der Pellagra herausgestellt. Hager-Magdeburg-N.

Verschiedenes.

Michelangelo als Arzt. Allgemein bekannt ist, dass Michelangelo als Maler, Bildhauer und Architekt gleich ausgezeichnet war, indessen wusste man bisher nicht, dass er auch in der Medicin etwas geleistet hatte. Neuerdings soll man in den Archiven des Vaticans ein Buch, ganz von seiner Hand geschrieben, gefunden haben, welches eine Serie von Heilmitteln gegen Augenkrankheiten enthält. H.

Therapeutische Notizen.

Einen Apparat zur mechanischen Behandlung des Kopfschmerzes hat Dr. L. Sarason in Hannover angegeben (D. med. W. No. 35). Derselbe besteht aus zwei den Schläfen entsprechend geformten Pelotten, welche durch eine verstellbare Feder kräftig gegen die Schläfen angedrückt werden. Der feste Druck der Pelotten wird von den Patienten wohlthuend empfunden, während die damit verbundene Compression der beiden Arteriae temporales eine heilsame Regulirung der Blutcirculation im Kopfe bewirken soll, namentlich bei angioparalytischer Migräne. Der Apparat wird von der Firma Schönlin & Co. in München in den Handel gebracht.

Pruritus bei Ikterus. Boulland wendet gegen das Hautjucken bei Ikterus mit Erfolg Ichthyol in folgender Form an:

Rp.: Ichthyol 2,5—5,0
Spiritus
Aeth. sulf. āā 25,0
MS.: Aeusserlich.

(Boston med. and surg. Journal.) F. L.

Ichthyolflecken in der Wäsche lassen sich durch Eau de Javelle (unterchlorigsaures Kalium und Natrium) leicht entfernen. F. L.

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 8. November. Die Pestgefahr in Wien kann jetzt, nachdem das dritte Opfer der Krankheit erlegen und weitere Infectionen nicht mehr vorgekommen sind, als beseitigt betrachtet werden. So bedauerlich das Vorkommniss und der dadurch verursachte Verlust von Menschenleben war, so ergeben sich aus demselben doch einige beherzigenswerthe Lehren. Vor Allem hat der Pestausbruch wieder einmal die unsanitären Zustände im allgemeinen Krankenhause in Wien grell beleuchtet. Die Ueberzeugung ist allgemein, dass in einem modern eingerichteten Laboratorium es zu einer Infection wahrscheinlich überhaupt nicht gekommen wäre, jedenfalls aber in einem den hygienischen Anforderungen der Zeit entsprechenden Krankenhaus kein Grund zu so tiefgreifender Besorgniss vorhanden gewesen wäre, wie sie in Wien in Anbetracht der Missstände im Krankenhause nicht ganz unberechtigt war. Wenn der Pestausbruch in Wien die Krankenhausfrage endlich zur Lösung bringt, so ist Dr. Müller nicht umsonst gestorben. Eine andere Lehre ist die, wie nothwendig in grossen Städten Feuerbestattungseinrichtungen sind. Einer Krankheit gegenüber, bei deren Verbreitung Ratten eine so wichtige Rolle spielen, aber auch bei anderen Seuchen, ist mit der Einscharrung der Leiche die Gefahr der Weiterverbreitung noch nicht aus der Welt geschafft. In richtiger Erkenntniss dessen hat Dr. Müller (der übrigens streng katholisch-religiös war) die Verbrennung seiner Leiche angeordnet, seinem Wunsche konnte jedoch nicht entsprochen werden, weil ein Crematorium in Wien fehlt und der Transport der Leiche in ein entferntes Crematorium natürlich ausgeschlossen war. Im vorliegenden Falle konnte den mit dem Erdbegräbniss verbundenen Bedenken durch Verwendung von Metallsärgen vorgebeugt werden, bei sich häufenden Todesfällen wird dies der grossen Kosten halber unmöglich. Wenn auch in gesundheitlichen Friedenszeiten die Crematorien immer nur von einem kleinen Procentsatz der Bevölkerung werden benützt werden, so ist deren Bereitstellung doch für den Fall des Auftretens von Seuchen eine dringende hygienische Forderung. Hamburg hat aus seiner jüngsten Choleraepidemie diese Lehre gezogen und das vorher stets abgelehnte Crematorium schleunigst gebaut. Vielleicht gibt die Pest in Wien einen neuen Anstoss, diese Frage in grossen Städten in Erwägung zu ziehen.

— Der Ausschuss der preussischen Aerztekammern, der am 22. d. M. in Berlin zusammentritt, wird sich mit folgenden Gegenständen beschäftigen: mit den Beschlüssen der preussischen Aerztekammen zum Entwurfe über staatliche Ehrengerichte für Aerzte, dem Gesetzentwurf über die zukünftige Stellung der Kreisärzte, die Abtrennung der Medicinalabtheilung vom Cultusministerium, der Stellung der Aerzte zu den Krankencassen und einem Antrage der schlesischen Aerztekammer: «Den Cultusminister zu ersuchen, dass er allen Apothekenbesitzern sowie Drogeriebesitzern die Verpflichtung auferlege, auf den Gefässen, worin Heilmittel an das Publicum verabfolgt werden (Schachteln, Flaschen, Krausen u. dergl.), ihren Inhalt anzugeben und zwar sowohl bei den nach ärztlichen Recepten angefertigten, als bei den im Handverkauf abgegebenen Heilmitteln.»

— Der Geschäftsausschuss der Berliner ärztlichen Standesvereine hat an den Reichskanzler eine Petition gerichtet, derselbe wolle den Consulaten aufgeben, über solche Orte im Auslande, an denen ein deutscher Arzt sich mit Aussicht auf Erfolg niederlassen könnte, Mittheilungen hierher gelangen zu lassen und das

Material dem Vorstande behufs Ueberweisung an das ihm unterstehende «Aerztliche Auskunftsbureau des Geschäftsausschusses der Berliner ärztlichen Standesvereine» (Leiter: Dr. Joachim, Friedrichstrasse 108/I) zur Verfügung zu stellen.

— Die Reichscommission zur Abänderung der Prüfungsordnung für das medicinische Staatsexamen im Reiche wird im Laufe des nächsten Monats im Reichsamt des Innern zusammentreten.

— Aus den für das laufende Jahr budgetmässig verfügbaren Mitteln wurden 21 bayerischen Aerzten zur weiteren wissenschaftlichen und praktischen Ausbildung im ärztlichen Berufe Reisestipendien in Beträgen bis zu 600 Mark verliehen.

— In Ratzeburg wurde an dem Hause, in welchem Otto Becker, der verstorbene Heidelberger Ophthalmologe, seine Jugend verlebte, von Freunden und Schülern Becker's eine Gedenktafel in schwarzem Marmor angebracht.

— Wie die «Chemiker-Zeitung» mittheilt, haben die Farbwerke vormals Meister Lucius und Brüning in Höchst a. M. nach einem Verfahren von Prof. Löffler-Greifswald eine neue Station zur Gewinnung eines Serums zur Bekämpfung der Maul- und Klauenseuche eingerichtet. Das Serum wird aus den sich bei der Ueberimpfung der Maul- und Klauenseuche auf Schweine bildenden Bläschen gewonnen und soll für 1 Jahr immun machen.

— In der 42. Jahreswoche, vom 16. bis 22. October 1898 hatten von deutschen Städten über 40000 Einwohner die grösste Sterblichkeit Königshütte mit 35,1, die geringste Potsdam mit 3,4 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen starb an Masern in Beuthen; an Scharlach in Gleiwitz, Halle und Plauen; an Diphtherie und Croup in Liegnitz.

— Von dem stereoskopisch-medicinischen Atlas, herausgegeben von Prof. Dr. Neisser, ist die 26. Lieferung über Dermatologie und Syphilidologie, sowie die 27. über gerichtliche Medicin erschienen.

(Hochschulnachrichten.) **Jena.** Am 25. Oct. erfolgte die Einweihung der neuerbauten stattlichen Universitätsaugenklinik. Den Hauptttheil der Feier bildete eine Rede des Directors der Klinik, Prof. Dr. Wagenmann, über die Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Augenheilkunde. Es erfolgte dann eine Besichtigung aller Räume, deren vortreffliche, allen Forderungen der modernen Technik entsprechende Ausstattung allgemeinen Beifall fand. — **Königsberg.** Die juristische Facultät hat Herrn Dr. med. Lange in New-York, den hochherzigen Stifter der Palaestra Albertina, die vor wenigen Tagen eröffnet wurde, zum Doctor juris utriusque honoris causa ernannt. Herr Dr. Lange hat mit dieser Stiftung in seiner Vaterstadt ein Institut geschaffen, dessen sich keine Universität in Deutschland rühmen kann. Die Palaestra ist zunächst als ein Ort für alle Arten körperlicher Uebungen der Studirenden, dann aber weiter als geselliger Vereinigungspunkt der Studirenden gedacht, in welchem doch wieder die akademischen Corporationen ihre hergebrachte Sonderexistenz führen können. Die Facultät konnte daher mit sinnvollem Humor sagen, dass der ideal gesinnte Stifter, der auch jenseits des Meeres seine treue Anhänglichkeit an die Heimath bewährt hat, zur wesentlichen Förderung der eigentlichen Aufgabe des Juristen beigetragen habe: zum Cultus des honeste vivere und suum cuique tribuere.

Genf. Zum Professor für Hygiene an der hiesigen Universität ist vom Staatsrath Dr. de Marignac gewählt worden. — **Utrecht.** Als Professor der Gynäkologie wurde Dr. B. J. Kouwer, bisher Arzt in Haarlem, ernannt. — **Wien.** Der ausserordentliche Professor Dr. Heinrich Obersteiner wurde zum ordentlichen Professor ernannt.

(Todesfall.) In Athen starb am 27. October in Folge von Blutvergiftung der durch zahlreiche wissenschaftliche Werke bekannte ordentliche Professor der Pathologie, Konstantin P. Delijiannis.

Personalnachrichten.

Bayern.

Niederlassung: Dr. Ludwig Zahner, appr. 1897, in Weitnau B.-A. Kempten. Dr. Karl Fischer in Konzell bei Straubing.

Ernannt: Seitens des Generalstabsarztes der Armee wurde der Unterarzt der Reserve Dr. Eduard Müller in den Friedensstand des 5. Inf.-Reg. versetzt, dann der einjährig-freiwillige Arzt Oskar Frhr. v. Scheben vom 11. Inf.-Reg. zum Unterarzt im 1. Fuss-Art.-Reg. ernannt und beide mit Wahrnehmung offener Assistenzarztstellen beauftragt.

Auszeichnung: Dem Generalarzt Dr. Angerer à la suite des Sanitätscorps wurde das Ritterkreuz des Verdienstordens der Bayerischen Krone und dem Generalarzt Dr. Ritter v. Halm à la suite des Sanitätscorps der Verdienstorden vom Heiligen Michael II. Classe verliehen. — Titel und Rang eines k. Hofrathes wurden verliehen dem praktischen Arzte, Specialisten für Hals- und Lungenkrankheiten, Dr. Alois Mayr in Würzburg.

Gestorben: Dr. Karl Ritter v. Grundner, k. Stabsarzt a. D. in München, 83 Jahre alt.

Briefkasten.

Herrn Dr. Alsberg in Hamburg. Wie die Nachforschungen der Post ergeben haben, ist Ihr vom 8. August d. J. datirtes, eingeschriebenes und «an die Redaction der Münchener med. Wochenschrift, München» adressirtes Postpacket, enthaltend Brief, Manuscript und 1 photographische Trockenplatte, von der Post versehentlich der Redaction der «Aerztlichen Rundschau» zugestellt und von Herrn Dr. Krüche angenommen, geöffnet und behalten worden, bis es jetzt in Folge Ihrer Reclamation von der Post zurückgefordert wurde.

Wir benützen diese Gelegenheit zu der **dringenden Bitte**, alle für uns bestimmten Sendungen, insbesondere auch Tauschexemplare von Zeitschriften, mit unserer genauen Adresse (Ottostrasse 1) versehen zu wollen.

Auf viele Anfragen theilen wir mit, dass die «Scherznummer» der M. med. W. jedem ärztlichen Leser unseres Blattes (also auch den auswärtigen) zur Verfügung steht, der uns den Wunsch, die Nummer zu erhalten, und seine Adresse mittheilt.

Generalrapport über die Kranken der k. bayer. Armee

für den Monat September 1898.

Iststärke des Heeres:
55189 Mann, 17 Invaliden, 210 Kadetten, 121 Unteroff.-Vorschüler.

		Mann	Invaliden	Kadetten	Unteroffizier-vorschüler
1. Bestand waren am 31. August 1898:		1291	4	—	3
2. Zugang:	im Lazareth:	880	—	—	12
	im Revier:	1705	—	5	—
	in Summa:	2585	—	5	12
Im Ganzen sind behandelt:		3876	4	5	15
	‰ der Iststärke:	46,8	235,2	23,8	123,9
3. Abgang:	dienstfähig:	2920	1	2	14
	‰ der Erkrankten:	753,3	58,8	9,5	115,6
	gestorben:	3	—	—	—
	‰ der Erkrankten:	0,77	—	—	—
	invalide:	27	1	—	—
	dienstunbrauchbar:	12	—	—	—
	anderweitig:	131	—	—	—
	in Summa:	3093	2	2	14
4. Bestand bleiben am 30. Sept. 1898.	in Summa:	783	2	3	1
	‰ der Iststärke:	14,1	117,6	14,6	8,2
	davon im Lazareth:	570	2	—	1
	davon im Revier:	213	—	3	—

Von den in Ziffer 3 aufgeführten Gestorbenen haben gelitten an: 1 Mann an Lungentuberculose, 1 an Brustfell-, Herzbeutel- und Hirnhautentzündung, 1 an Blinddarmentzündung; ausserdem verunglückten 3 Mann (2 davon durch Ertrinken, 1 durch Ueberfahrenwerden von der Eisenbahn) und endeten 2 durch Selbstmord (1 Erhängen, 1 Erschiessen).

Der Gesammtverlust an Todten im Monat September 1898 beträgt demnach 8 Mann.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 43. **Jahreswoche** vom 23. bis 29. October 1898.

Betheil. Aerzte 426. — Brechdurchfall 17 (17*), Diphtherie Croup 22 (23), Erysipelas 16 (8), Intermittens, Neuralgia interm. — (—), Kindbettfieber 2 (1), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 11 (4), Ophthalmo-Blennorrhoea neonat. 5 (4), Parotitis epidem. 4 (1), Pneumonia crouposa 9 (8), Pyaemie, Septicaemie 1 (—), Rheumatismus art. ac. 23 (18), Ruhr (dysenteria) — (—), Scarlatina 21 (24), Tussis convulsiva 14 (27), Typhus abdominalis 2 (1) Varicellen 45 (6), Variola, Variolois — (—). Summa 192 (142).

Kgl. Bezirksarzt Dr. Müller.

Uebersicht der Sterbefälle in München

während der 43. Jahreswoche vom 23. bis 29. October 1898.

Bevölkerungszahl: 430000.

Todesursachen: Masern — (—*), Scharlach 3 (2), Diphtherie und Croup 1 (3), Rothlauf 1 (—), Kindbettfieber 1 (—), Blutvergiftung (Pyaemie) — (—), Brechdurchfall 3 (3), Unterleibstyphus — (—), Keuchhusten 4 (4), Croupöse Lungenentzündung 2 (3), Tuberculose a) der Lungen 31 (16), b) der übrigen Organe 1 (4), Acuter Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten 3 (2), Unglücksfälle 2 (2), Selbstmord 2 (1), Tod durch fremde Hand — (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 207 (187), Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 25,0 (22,6), für die über dem 1. Lebensjahr stehende Bevölkerung 15,1 (12,6), für die über dem 5. Lebensjahr stehende 14,0 (11,6).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck von E. Mühlthaler's kgl. Hof-Buchdruckerei in München.